

# **Evaluation der stationären Therapie bei Alkoholabhängigen**

Eine systematische Uebersicht von Katamnesen aus der Schweiz,  
Deutschland und den USA

Abhandlung  
zur Erlangung der Doktorwürde  
der Philosophischen Fakultät  
der Universität Zürich

vorgelegt von  
Ruth Huggenberger  
von Winterthur/ZH

Angenommen auf Antrag von Prof. Dr. M. Sieber und  
Prof. Dr. R. Hornung

Zürich, Studentendruckerei 2004

# Vorwort und Dank

Grundlage dieser Dissertationsschrift bildet die Analyse der generellen und differentiellen Wirksamkeit stationärer Behandlung Alkoholabhängiger anhand von Verlaufsuntersuchungen. Die Grundidee dieser systematischen Uebersichtsarbeit entwickelte Herr Prof. Dr. M. Sieber, indem er die in der Forel-Klinik ermittelten Abstinenz- und Besserungsraten einem Vergleich der Erfolgsraten anderer Schweizer Institutionen, aber auch von internationalen Behandlungsstätten unterziehen wollte. Ich möchte Herrn Prof. Dr. M. Sieber meinen ganz besonderen Dank ausdrücken. Durch die vertiefte Beschäftigung mit den Katamnesen sammelte ich nicht nur Erfahrungen im wissenschaftlichen Bereich; die Einschränkungen im täglichen Leben der Alkoholabhängigen, ihre soziale Ausgrenzung und das Leiden an sich hat bei mir Eindrücke hinterlassen. Während der Dissertationsarbeit stand mir Herr Prof. Dr. M. Sieber die ganze Zeit mit Rat, Anregung und Kritik zur Seite. Für seine Hilfsbereitschaft und kompetente Betreuung möchte ich ihm ganz herzlich danken.

Mein Dank gilt ebenso Herrn Prof. Dr. R. Hornung für die Bereitschaft, als zweiter Referent meine Dissertation zu begutachten und am Kolloquium teilzunehmen.

Ein weiterer Dank gebührt meiner Berufskollegin Frau D. Lüchinger Cerutti, die meine Arbeit lektoriert hat. Ihre fachliche Auseinandersetzung mit dem Thema unterstützte mich stark.

Der Forel-Klinik möchte ich meinen Dank für die grosszügige Beteiligung an den Druckkosten aussprechen.

Nicht zuletzt möchte ich meine Familie erwähnen für ihre emotionale Unterstützung und die Entlastung von familiären Verpflichtungen in schwierigen Phasen. Dies waren ebenso wichtige Voraussetzungen für das Gelingen der Arbeit. Obwohl mein Neffe und meine Nichte nicht verstehen, was eine Dissertation ist, zeigten sie für ihr Alter grosses Verständnis und Geduld, wenn ich mich mit ihnen zeitweise nicht angemessen beschäftigen konnte.

Ihnen widme ich diese Arbeit.

# Inhaltsverzeichnis

	<b>Vorwort und Dank</b>	
<b>1.</b>	<b>Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1.	Ausmass des Alkoholproblems	1
1.1.1.	Ausmass des Alkoholproblems in der Schweiz	1
1.1.2.	Alkoholproblematik in Deutschland	2
1.1.3.	Alkoholproblematik in den USA	2
1.2.	Katamneseforschung bei stationären Alkoholismustherapien	3
1.2.1.	Bedeutung von Langzeitkatamnesen	3
1.2.2.	Zum gegenwärtigen Stand der Katamneseforschung im Bereich der Alkoholismustherapie	4
1.2.3.	Methodische Probleme	15
1.3.	Fragestellungen	19
<b>2.</b>	<b>Methodik</b>	<b>22</b>
2.1.	Auswahlkriterien der Studien	22
2.2.	Literaturrecherche	23
2.3.	Charakterisierung der Studien	25
2.3.1.	Charakterisierung aller Studien	25
2.3.2.	Katamnesen aus der Schweiz	31
2.3.3.	Katamnesen aus Deutschland	32
2.3.4.	Katamnesen aus dem Angloamerikanischen Raum	33
2.3.5.	Ueberblick der wichtigsten Merkmale der Schweizer, Deutschen und Angloamerikanischen Studien	34
2.3.6.	Katamnese aus der Forel-Klinik und 'VDR-Studie'	35
2.4.	Erfolgskriterien	36
2.5.	Unabhängige Variable	37
2.6.	Auswertung	39
2.6.1.	Kodierung der Studien	40
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>41</b>
3.1.	Generelle Wirksamkeit: Abstinenz- und Besserungsraten über alle Studien	41
3.1.1.	Vergleich der Abstinenz- und Besserungsraten in den drei Ländern	43
3.1.2.	Vergleich der Erfolgsraten der Forel-Klinik mit Werten der drei Länder und der 'VDR-Studie'	46
3.1.3.	Erfolgsindikatoren und Geschlecht	49
3.1.4.	Erfolgsindikatoren und Katamnese-dauer	53
3.2.	Differentielle Wirksamkeit	56
3.2.1.	Erfolgsraten und Therapiedauer	56
3.2.2.	Erfolgsraten und Therapiekonzepte	57

<b>4.</b>	<b>Diskussion und Ausblick</b>	<b>61</b>
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung</b>	<b>81</b>
<b>6.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>83</b>
<b>7.</b>	<b>Anhang</b>	<b>92</b>
	Liste der berücksichtigten Studien	92
	Tabellenverzeichnis	95
	Kodierliste	97
	<b>Curriculum vitae</b>	

# **1. Einleitung**

Die Statistiken der Gebiete Schweiz, Deutschland und USA weisen auf eine starke Alkoholabhängigkeit bzw. einen ausgeprägten Alkoholmissbrauch in den betroffenen Ländern hin. Der erste Abschnitt befasst sich mit dem Ausmass des Alkoholproblems in den entsprechenden Ländern und gibt einen Einblick in die am häufigsten angewandten Therapieansätze. Im zweiten Teil folgt der Ueberblick über Langzeitkatamnesen und Meta-Analysen im Bereich der Alkoholismustherapie. Es werden Ergebnisse zur generellen und differentiellen Wirksamkeit unter Einbezug der Diskussion von methodischen Problemen geliefert. Ein eigener Abschnitt ist den methodischen Problemen gewidmet, deren Diskussion eine wichtige Voraussetzung für die Forschung darstellt. Nach Betrachtung der bisherigen Evaluationen von Therapien im Bereich der Alkoholabhängigkeit werden die sieben Fragestellungen dieser Arbeit, welche sich auf die generelle und differentielle Wirksamkeit psychologischer Therapien anhand von 56 ausgesuchten Studien aus den drei Ländern beziehen, vorgestellt. Ausgangspunkt stellen die nachklinischen Erfolgswerte der Forel-Klinik (vgl. Sieber et. al., 2004) dar.

## **1.1. Ausmass des Alkoholproblems**

Alkoholmissbrauch und Alkoholabhängigkeit stellen in vielen Ländern gravierende Probleme dar; individuelle und gesellschaftliche Folgen sind immens. Die Evaluation der stationären Alkoholismustherapie und Beobachtung des Langzeitverlaufs bei Alkoholabhängigen besitzt neben der wissenschaftlichen eine volkswirtschaftliche und gesundheitspolitische Relevanz. Die Bedeutung der gesundheitspolitischen Perspektive wird in der Statistik durch den Anteil gesundheitsgefährdeter und behandlungsbedürftiger Menschen aufgrund von Alkoholmissbrauch belegt.

### **1.1.1. Ausmass des Alkoholproblems in der Schweiz**

Die Anteile der Bevölkerung, welche in gesundheitsgefährdendem Mass Alkohol konsumieren (mehr als 60 Gramm reinen Alkohol pro Tag), betragen laut Gmel et al. (1996) in der deutschsprachigen Schweiz 2.8%, in der französischsprachigen Schweiz 4.5% und in der italienischsprachigen Schweiz 6.1%. Damit zeichnen sich prägnante regionale Unterschiede der Trinkgewohnheiten in der Schweiz ab. Alarmierend ist die Mortalitätsrate von Personen, die aufgrund direkter Auswirkungen von Alkoholmissbrauch sterben. Diese Zahl wird auf 1000 Personen pro Jahr geschätzt.

Groben Schätzungen entsprechend macht der Anteil der an Alkoholabhängigkeit Leidenden, welche jährlich stationär in spezialisierten Zentren behandelt werden, weniger als 1% aus (Mathey, 1993). Die Therapieansätze der verschiedenen stationären Institutionen sind unterschiedlich. In der Forel-Klinik, aus der die meisten Schweizer Katamnesen stammen, wird nach der eklektischen Standardtherapie gearbeitet. Sie beinhaltet die Komponenten Gruppen- und Einzeltherapie, individuelle

Beratung, Informationsveranstaltungen über Alkoholismus und dessen Folgeerscheinungen, Sport- und Bewegungstherapie sowie Gestalttherapie.

Der allgemeine Trend in den Schweizer Fachkliniken besteht in der Kürzung der Therapiedauer. Während in den 70-er Jahren Behandlungsprogramme von einem Jahr üblich waren, entscheiden sich in jüngerer Zeit viele Patienten für eine Aufenthaltsdauer von 3 Monaten oder weniger (vgl. Maffli et al., 1993; Grether et al., 1995; Baumann, 1993; zit. nach Sieber et al., 1996; Deinlein, 1998; Oberhauser et al., 1998).

### **1.1.2. Alkoholproblematik in Deutschland**

Gemäss der Bundesstudie von 1997 beträgt der Anteil riskanten Konsums (20-40 g für Frauen, 30-60 g für Männer) bei den Frauen 5.5%, bei den Männern 15.2%. Als gefährdete Konsumenten (40-80 g für Frauen, 60-120 g für Männer) gelten 1.2% der Frauen und 4.6% der Männer. Der Hochkonsum (80 g bei den Frauen und 120 g bei den Männern) liegt in der weiblichen Bevölkerung bei 0.4%, in der männlichen bei 1.3%. Damit ergeben sich in Bezug auf die gesundheitsgefährdende Trinkweise signifikante Geschlechtsunterschiede (Bühlinger et al., 2000). Als behandlungsbedürftige Alkoholranke werden von der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren 2.5 Millionen Personen betrachtet (Wünschmann, 1992). In Deutschland beträgt die Mortalität rund 17000 pro Jahr (Bühlinger et al., 2000).

Studien aus der BRD weisen im Vergleich zu den USA eine relativ lange stationäre Therapiedauer auf. Süss (1995) ermittelte in seiner Meta-Analyse eine durchschnittliche stationäre Aufenthaltsdauer von 15.9 Wochen. Damit ist der stationäre Aufenthalt, der in Deutschen Studien beschrieben wird, mehr als vier mal so lang wie derjenige in Amerikanischen Untersuchungen. Die meisten Therapien weisen komplexe stationäre Behandlungsprogramme auf. In der Deutschen Kliniklandschaft ist der Ansatz der Eklektischen Breitbandtherapie dominierend, gefolgt von der Verhaltenstheoretisch orientierten Breitbandtherapie.

### **1.1.3. Alkoholproblematik in den USA**

Laut der Nationalen Langzeitstudie zur Epidemiologie von Alkoholabhängigkeit im Jahre 1992 sind schätzungsweise 7.5% der nordamerikanischen Bevölkerung (ca. 14 Millionen) alkoholabhängig oder weisen einen missbräuchlichen Konsum auf (Grant et al., 1995). 1993 betrugen die Kosten alkoholassoziierter Krankheiten in den USA 94.5 Mrd. Dollar. Dies entspricht 1.7% des nordamerikanischen Bruttosozialproduktes.

Die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer in den USA ist bedeutend kürzer als in der Schweiz und in Deutschland. Miller & Hesters (1986a) sehen in den USA folgende Therapien im Vordergrund: Konfrontative Gruppentherapie, Beratungs-, Erziehungs-, und Aufklärungsprogramme, individuelle Beratung und Programme der Anonymen Alkoholiker.

## **1.2. Katamneseforschung bei stationären Alkoholismustherapien**

### **1.2.1. Bedeutung von Langzeitkatamnesen**

Vor dem Hintergrund des Ausmasses von Alkoholabhängigen in den verschiedenen Ländern wird neben der Entwicklung effektiver präventiver und therapeutischer Massnahmen die Evaluation der Wirksamkeit therapeutischer Massnahmen erforderlich. Der zuletzt genannten Aufgabe kommt eine besondere Bedeutung zu, weil die Therapiemassnahmen häufig weder theoretisch begründet noch empirisch überprüft sind, sondern auf *gewachsenen, historisch zu nennenden Besonderheiten der jeweiligen Einrichtung* beruhen (Scheipers, 1984, S. 241).

Langzeitkatamnesen sind darum wichtig, weil sie die Aufgabe besitzen, die Stabilität von Behandlungsergebnissen zu prüfen und die Weiterentwicklung von Patienten nach Abschluss zu verfolgen (Rüger, 1991). Sie geben ferner Auskunft über Konsumgewohnheiten, Suchtverhalten, Morbidität und Mortalität von alkoholkranken Menschen während eines längeren Zeitraumes. Dabei werden diejenigen Variablen, welche das Abstinenzverhalten gefährden bzw. den Rückfall fördern, herausgeschält. Neben den Risikofaktoren werden auch die protektiven Elemente betrachtet. Ebenso gestatten die Katamnesen die Erfassung von Verlaufstypen, was für die Erstellung von Behandlungskonzepten genutzt werden kann. Die oben beschriebenen, im Rahmen von Längsschnittuntersuchungen bei Alkoholabhängigen gewonnenen Erkenntnisse, sind von grossem Interesse.

Langzeitkatamnesen weisen jedoch auch ihre Grenzen auf. Sie werden oft mit dem Ziel durchgeführt, die Wirksamkeit von Behandlungen hinsichtlich des Alkoholproblems nachzuweisen. Dabei sollte auch der Entwicklung der Betroffenen bezüglich sozialer Integration in die Arbeitswelt und der Eingebundenheit in mitmenschliche Beziehungen Beachtung geschenkt werden. Wie viele andere Autoren hat auch John (1985) darauf hingewiesen, dass verbindliche Rückschlüsse von ermittelten 'Erfolgen' auf vorangehende therapeutische Interventionen nur unter ganz bestimmten methodischen Voraussetzungen zulässig sind, nämlich im Falle von prospektiven Kohortenuntersuchungen oder bei Experimentalanordnungen mit randomisierten Kontrollgruppen. Des Weiteren ist zu berücksichtigen, dass sowohl unmittelbar nach Behandlungsabschluss wie auch zu einem späteren Zeitpunkt ermittelte Effekte auch auf therapiefremde Einflüsse oder auf Interaktionswirkungen zwischen therapiebegleitenden oder therapiefolgenden persönlichen Erfahrungen und dem eigentlichen Behandlungsprogramm zurückzuführen sind.

In der umfassenden Uebersicht über die wesentlichen Ergebnisse der zahlreichen, in den Vereinigten Staaten durchgeführten Behandlungsevaluationen seit den frühen Fünfziger Jahren kommt Baekeland (1977) zum Schluss, dass der Erfolg einer therapeutischen Intervention in weitaus stärkerem Masse von patientenspezifischen Faktoren als von der konkreten Gestaltung der Therapie abhängt.

### **1.2.2. Zum gegenwärtigen Stand der Katamneseforschung im Bereich der Alkoholismustherapie**

#### **Ergebnisse zur generellen Wirksamkeit**

Mittlerweile liegt international ein fundierter Erfahrungs- und Wissensbestand im Bereich der Katamnesen von stationär behandelten Alkoholkranken vor, welcher sowohl zur generellen, als auch zur differentiellen Wirksamkeit der Alkoholismustherapie Beobachtungen enthält. Bei der generellen Wirksamkeit wird in Verbindung der Evaluation von Behandlungsmassnahmen die Frage nach den Erfolgsaussichten, bzw. Risiken der betreffenden Therapie gestellt (Grawe, 1992; Rehm et al., 1993). Die differentielle Wirksamkeit beschäftigt sich mit der günstigsten Therapieform bzw. des besten Therapieumfangs in Bezug auf ein effizientes Therapieergebnis.

Die erste systematische Literaturübersicht zur generellen Wirksamkeit stammt von Emrick (1974). Aufgrund seiner Analyse von 113 Untersuchungen, die zwischen 1952 und 1971 in englischsprachigen Fachzeitschriften publiziert wurden und methodischen Mindeststandards genügten, ermittelte er die viel zitierte 'Ein-Drittel-Faustregel'. Seiner Erfahrung entsprechend sollte aus den Patientenpopulationen nach einer stationären Therapie ein Drittel dauerhaft abstinent sein, ein weiteres Drittel ein 'gebessertes' Trinkverhalten aufweisen, während bei einem Drittel der Patienten keine Besserung des Alkoholkonsums eintritt. Die in seiner Analyse durchschnittlich ermittelte Abstinenzrate über alle behandelten Patienten betrug 33.8%. Eine Besserung, in der auch minimale Fortschritte berücksichtigt wurden, erreichten 33.4%. Die restlichen 32.8% mussten als 'ungebessert' betrachtet werden. Ausgeschlossen wurden bei dieser Berechnung die Therapieabbrecher (weniger als zwei Wochen stationär oder fünf ambulante Besuche). Ebenso wenig berücksichtigt wurden Patienten, über die keine Katamneseinformationen vorlagen. Der Bericht beinhaltet keine Angaben über Katamnesezeiträume.

1982 legte Emrick auf der Basis von 260 Untersuchungen weitere Ergebnisse aus unveröffentlichten Berichten vor. Er errechnete eine durchschnittliche Abstinenzrate von 50% während der Behandlung. Diese fiel im Zeitraum der Nachbehandlung auf 33%, nach der Beendigung der formalen Betreuung betrug sie konstant ca. 20%. Dies bedeutet eine Korrektur nach unten hin, zumindest was die Langzeiteffekte betrifft.

In einem zweiten Teil der Uebersicht untersuchte Emrick die Spontanremission anhand der Therapieergebnisse von 384 Untersuchungen. Es handelt sich dabei um unbehandelte Abhängige oder minimaltherapierte Patienten. Für die Unbehandelten betrug die Abstinenzrate nach einer Katamnesezeit von 6 Monaten 14%, für die Behandelten das Doppelte. Werden auch minimale Besserungen berücksichtigt, stösst man auf eine Besserungsrate von 42% für Unbehandelte und 63% für Patienten mit minimaler Behandlung.

Wichtige methodische Korrekturen und Differenzierungen nahmen Baekeland & Lundwall (1975) in ihrer Literaturübersicht in Bezug auf 30 Untersuchungen vor. Sie berichten über Resultate von 19 Untersuchungen zur Wirksamkeit der stationären



Therapie und von 11 Studien zur Wirksamkeit der ambulanten Therapie. Die Besserungsrate betrug für die stationäre Therapie 48.8% mit einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 2.2 Jahren. Nimmt man eine Korrektur wegen der unterschiedlichen Datenschwundraten vor, verkleinert sich die Rate auf 41.5%. In der ambulanten Therapie wurde eine Besserungsrate von 41.6% erreicht, berücksichtigt man die Datenschwundkorrektur, beträgt sie noch 36.9%.

Die Autoren weisen auf wichtige Einschränkungen bezüglich der Vergleichbarkeit der Studien hin. Von den verschiedenen Institutionen wurden unterschiedliche Ausschlusskriterien verwendet. Während die meisten stationären Einrichtungen Patienten mit psychotischen oder schweren körperlichen Krankheiten von der Behandlung ausschlossen, nahmen private Einrichtungen keine Unterschichtpatienten und Obdachlose auf. Zwischen den verschiedenen Institutionen variiert auch die Intensität der Behandlung. Ebenso existieren beträchtliche Unterschiede bezüglich der Abbrecherquote und deren Berechnung.

### **Ergebnisse zur differentiellen Wirksamkeit**

In einer zweiten Analyse mit strengeren methodischen Kriterien (Katamnesedauer von mindestens 6 Monaten) liefert Emrick (1975) Ergebnisse zur differentiellen Wirksamkeit. Der Autor stellte anhand der Untersuchung von 72 Therapievergleichsstudien die Frage nach dem besten 'treatment'. In 31 Studien konnte zwischen den verschiedenen Behandlungsmethoden und -settings kein signifikanter Unterschied festgestellt werden. Insgesamt nur in fünf der restlichen Studien konnten die Unterschiede auch sechs Monate nach Behandlungsende noch nachgewiesen werden. Olbrich & Watzl (1978) meldeten Zweifel an der Vergleichbarkeit der Behandlungsbedingungen an. Empirisch bestätigte differentielle Indikationsregeln wurden in den quantitativen Literaturreviews bislang nicht gefunden.

Die umfangreichste narrative Literaturzusammenfassung liefern Miller & Hesters (1980, 1986a). Für die erste Studie werteten sie über 600 Untersuchungen zur Wirksamkeit von mehr als 20 verschiedenen Behandlungsmethoden aus. Bei der zweiten nahmen sie nochmals 300 weitere, grösstenteils kontrollierte Studien in den Datenpool auf. Die beiden Autoren unterscheiden neun Hauptklassen von Behandlungsmethoden, ferner zwei Phasen der Therapie: 1. Herbeiführen von Verhaltensänderungen (z.B. Abstinenz) und 2. Aufrechterhalten der Veränderungen. Für das Herbeiführen von Verhaltensänderungen zählen sie die Aversionstherapie, sowie verhaltenstheoretisch fundiertes Selbstkontrolltraining zu den erfolgreichsten Ansätzen. Im Bereich des Aufrechterhaltens der Veränderung bewährten sich nach Miller & Hesters (1980, 1986a) das Selbstsicherheitstraining, die Stressbewältigung, sowie Partner- und Familientherapie. Trotz der empirischen Bestätigung der Ueberlegenheit dieser Methoden werden sie in den USA in der therapeutischen Praxis kaum angewendet. Miller & Hesters (1986a) sehen folgende Therapien, für die keine empirische Bestätigung existiert, im Vordergrund: Konfrontative Gruppentherapie, Beratungs-, Erziehungs-, und Aufklärungsprogramme, individuelle Beratung, Programme der Anonymen Alkoholiker und - ohne zusätzliche therapeutische Massnahmen - Einnahme von Disulfiram.

Einer weiteren Literaturübersicht von Miller und Hesters (1986b) liegen folgende Schlussfolgerungen zugrunde, die unmittelbar in die differentiellen Indikationskriterien umgesetzt werden können: 1. Patienten zeigen eine stärkere Besserung bei einem Therapieplan, der kongruent zu ihrem kognitivem Stil ist. 2. Abhängige mit stärkeren alkoholbezogenen Problemen profitieren unterschiedlich von intensiveren Behandlungsansätzen, während Patienten mit leichteren Problemen mindestens genau so gut, wenn nicht besser, von einer minimalen Intervention profitieren. 3. Können die Patienten den Behandlungsansatz aus einer Reihe von Alternativen wählen, zeigen sie grössere Akzeptanz und Verbesserung nach der Behandlung als Patienten, denen eine einzige Behandlung angeboten wurde.

Die Rand Corporation gab zur Frage der Alkoholbehandlung in Einrichtungen des National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA) zwei Forschungsberichte heraus. Eine erste grosse Katamnese entstand in den USA in diesem Zusammenhang 1976 von Armor et al. (Rand-Report I). Die Patienten stammten aus 8 verschiedenen Institutionen mit unterschiedlichen Therapieansätzen und unterschiedlicher Behandlungsdauer. Im Hinblick auf das Behandlungsangebot und die geographische Lage gelten die ausgesuchten Behandlungszentren als nahezu repräsentativ für die öffentlich geförderten Behandlungseinrichtungen in den USA. Als Stichprobe wurden alle Patienten, die 1973 zu einer dieser Institutionen Kontakt hatten, ausgewählt. Aus diesem Datenpool wurden in einer Zufallsstichprobe 1340 Personen gezogen. Ausgeschlossen wurden Personen, die keine echten Alkoholiker waren und alle Frauen. Auf diese Weise schrumpfte die Stichprobe auf 600 Alkoholabhängige. Die Follow-up-Quote betrug 64%. Für den Rand-Report II von Polich et al. (1980) wurde die Zufallsstichprobe auf 982 Patienten aufgestockt. Die Follow-up-Quote betrug bei der 4-Jahreskatamnese 85%, 11.5% waren bereits verstorben.

Armor et al. (1976) befragten die Patienten nach 6 und 18 Monaten, Polich et al. (1980) nach 4 Jahren. Die Ergebnisse beziehen sich auf die 4-Jahres-Katamnese. Die entsprechenden Zahlen für die 18-Monats-Katamnese sind in Klammern beigefügt. Als Erfolgskriterium verwendeten die Autoren eine Skala mit sieben Stufen: Abstinente, die bei der Befragung mindestens 1 Jahr abstinent waren, wurden in Stufe 1 eingeteilt. Unter Stufe 2 wurden Abstinente mit einer Abstinenzdauer von mehr als 6 Monaten subsumiert. Normaltrinker (sog. 'nonproblem drinkers'), welche weder Abhängigkeitssymptome noch Abhängigkeitsfolgeprobleme aufwiesen, wurden je nach täglicher Trinkmenge den Kategorien 3 oder 4 zugeordnet. In Kategorie 3 wurde ein täglicher Alkoholkonsum von höchstens 2 Unzen toleriert. Bei einer Tagestrinkmenge von höchstens 5 Unzen gehörten die Patienten der Kategorie 4 an. Patienten mit Folgeproblemen wies man der Kategorie 5 zu, solche mit Symptomen der Kategorie 6. Unter der Kategorie 7 wurden Problempatienten mit Folge- und Abhängigkeitssymptomen zusammengefasst.

Zum Zeitpunkt der Befragung lebten 28% (24%) seit wenigstens 6 Monaten abstinent, 18% (21%) waren Normaltrinker und 54% (55%) Problemtrinker. Ernüchternd wirkt das Ergebnis der Dauerabstinenten im Rand Report II. In 4 Jahren schafften es gerade mal 9% aller behandelten Patienten abstinent zu bleiben,

weitere 10% der Patienten lebten meist abstinent, mit einer Abstinenzperiode von mehr als 2 Jahren Dauer. 20% lebten primär als 'Trinkende mit einem geringen Alkoholkonsum' (Stufe 3), 13% als 'Trinkende mit einem grossen Alkoholkonsum' (Stufe 4), die übrigen 33% wiesen eine deutliche Suchtproblematik, verbunden mit Folgeproblemen auf. Dieses Resultat führt ganz deutlich die ständige Rückfallgefahr auch nach der Therapie vor Augen. Von den unbehandelten Alkoholikern lebten 16% (12%) seit mindestens 6 Monaten abstinent, 16% (33%) konnten als Normaltrinkende identifiziert werden, die übrigen 68% (54%) als Problemtrinker.

Die Effektunterschiede zwischen den Behandelten und den Nichtbehandelten sind gering, was eine Ernüchterung in Bezug auf die Effektivität der Behandlungen mit sich bringt. Die Anzahl der 'Treatmenteinheiten' und '-intensität' ist zentral. Zwischen der Behandlungsintensität und dem Trinkverhalten besteht ein mässig starker Zusammenhang. Patienten, die eine intensivere Behandlung erhielten, wiesen durchwegs bessere Behandlungsergebnisse auf, unabhängig vom Behandlungssetting. Die Unterschiede zwischen den verschiedenen Behandlungssettings in Bezug auf die Besserungsraten sind statistisch unbedeutend. Es besteht eine Tendenz, dass die Behandlungsintensität im stationären Behandlungssetting von geringerer Bedeutung ist als bei ambulanter Behandlung. Günstig wirkte sich auch die regelmässige Teilnahme an Selbsthilfegruppen aus. Patienten, die regelmässig an den Sitzungen teilnahmen, erreichten eine Abstinenzquote von 45%.

Süss (1988) kritisiert an der Untersuchung die Verwendung von lediglich dichotomen Merkmalen für die Regression, sowohl als Prädiktoren wie auch als Kriterium. Bei dichotomen Merkmalen für die Regression gehen wichtige Informationen verloren. Der Anteil erklärter Varianz am Kriterium ist entsprechend gering und muss mit Vorsicht interpretiert werden. Als zentrales Problem sieht Süss (1988) das Versäumnis, dass Behandlungsabbrecher nicht als eigene Gruppe betrachtet werden. Da irreguläre Behandlungsbeender sehr ungünstige Behandlungsergebnisse aufweisen, sollte die Art der Behandlungsbeendigung als Kovariable aufgeführt werden.

Moos et al. (1981, 1982) führten eine weitere grossangelegte, prospektive Studie durch. Sie untersuchten eine Stichprobe von 505 Patienten, die an fünf unterschiedlichen Behandlungseinrichtungen behandelt wurden. Es soll v.a. auf die Bestimmung der relativen Bedeutung von Patienten- und Behandlungsmerkmalen für die Vorhersage des Therapieerfolgs eingegangen werden.

Die Follow-up-Quote schwankte zwischen 80% und 95%. Für die 2-Jahres-Katamnese wurden nur Patienten befragt, die 6 Monate nach Entlassung bei ihrer Familie lebten (N=157). 75% der angestrebten Stichprobe nahm tatsächlich an der 2-Jahreskatamnese teil.

Die Autoren bestimmten zwei Eingangsmerkmale: 1. Soziodemographische Daten und 2. Schweregrad der Suchtproblematik. Bei den Behandlungsmerkmalen wurde unterschieden zwischen dem Behandlungsprogramm, den unterschiedlichen Behandlungserfahrungen, wobei Intensität, Dauer der Behandlung, sowie Grad der

Partizipation beschrieben werden und dem sozialen Klima der Behandlungseinrichtungen.

Aus den Eingangsmerkmalen wurden gewichtete Blockvariablen gebildet. Als Gewichte wurden Regressionskoeffizienten eingesetzt, die dadurch gewonnen wurden, dass jeweils die Einzelmerkmale eines Variablenblocks zur Kriteriumsvorhersage verwendet wurden. Für jedes Kriterium wurde mit den spezifischen Blockvariablen eine Pfadanalyse berechnet. Als Erfolgskriterien galten: Alkoholkonsum, subjektive Einschätzung der Trinkprobleme, erneute Aufnahme zur stationären Behandlung, körperliches Befinden und berufliche Integration.

Der Anteil an erklärter Kriteriumsvarianz variiert zwischen 18% (Alkoholkonsum) und 27% (körperliches Befinden). Soziodemographische Merkmale und Eingangssymptome sind bedeutsame Prädiktoren für den Therapieerfolg. Sie erklären als direkte Effekte zwischen 2.2% (Alkoholkonsum) und 11.2% (berufliche Integration) der Kriterienvarianz. Die Art der Behandlung hat keinen direkten Einfluss auf den Therapieerfolg, sondern wirkt indirekt über die Behandlungserfahrungen (Behandlungsintensität und Aktivität in der Behandlung und die Wahrnehmung der Behandlungsumgebung). Behandlungsmerkmale sind bedeutsamer für die Behandlungseffekte als die Patientenmerkmale. Von den 18.2% erklärter Varianz am Kriterium Alkoholkonsum entfallen nach dieser Modellrechnung nur 2.2% auf die Patientenmerkmale als direkter Effekt. 10.4% auf Behandlungsmerkmale und 5.6% auf indirekte Effekte.

In der Untersuchung von Finney et al. (1980) weiteten die Autoren die Analysen für den gesamten Zeitraum bis zur 2-Jahres-Katamnese aus und bildeten zusätzlich folgende Blockvariablen: 1. Teilnahme an Nachsorgemassnahmen, 2. Merkmale zu Kohäsion, Konflikten, Kontrolldimensionen u.a. in Familien, 3. Anzahl an Problem-bereichen und Spannungen in der Familie, 4. Skala zur Erfassung kritischer Lebensereignisse im Katamnesezeitraum nach Holmes und Rahe (1967). Es ergaben sich folgende Ergebnisse über die verbliebenen 113 ehemaligen Patienten: Der Anteil Abstinenter (mindestens 1 Monat abstinent bei Befragung) betrug nach 6 Monaten 68% und sank bei der 2-Jahreskatamnese auf 40%. Nur 21% der Varianz am Kriterium Alkoholkonsum können jedoch durch das Trinkverhalten bei der 6-Monats-Katamnese erklärt werden.

Es zeigt sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten und den Werten der Depressionsskala, aber kein Zusammenhang zwischen den Suchtkriterien und der beruflichen und sozialen Integration. Als unbedeutend erweist sich die Beteiligung an den Nachsorgemassnahmen für das Trinkverhalten in der 2-Jahreskatamnese. Angefügt werden muss, dass nur die Teilnahme, nicht aber deren Intensität und Regelmässigkeit berücksichtigt wurden. Aussertherapeutische Faktoren (posttreatment-Merkmale) erklären als Inkremente in der Regressionsrechnung mehr Varianz als die Patienteneingangsmerkmale, die zuerst in die Regression einbezogen wurden.

Süss (1988) weist auf die eher unzureichende Datenbasis für die klinisch-praktischen Schlussfolgerungen hin, deren Folge Ueberinterpretationen sind. Er deklariert die untersuchten Behandlungsprogramme als typisch für den derzeitigen amerikanischen Behandlungsstandard. Die Beschreibungen der angewandten Therapiekonzepte lassen viele Gemeinsamkeiten erkennen. Sie zeigen die Dominanz unspezifischer und wenig strukturierter Therapiekonzepte auf und geben Hinweis darauf, dass Selektionseffekte bei der Behandlungsaufnahme wichtiger sind als Unterschiede zwischen den Behandlungsprogrammen.

Einen ähnlichen Ansatz wie Moos et al. (1980, 1981) verwendeten Klink et al. (1984) in einer Deutschen Studie, um aus Daten einer klinikübergreifenden, retrospektiven Katamnesebefragung Kriterienvarianz durch hierarchische Regressionsmodelle vorherzusagen. Ausgewertet wurden die Daten aus fünf Fachkliniken (vier Langzeiteinrichtungen und eine Klinik für Kurzzeittherapie). Die durchschnittliche Katamnese-dauer betrug 18 Monate. Einbezogen wurde ein Teil der Therapieabbrecher. 67.8% (N=693) konnten nachbefragt werden. Für das Erfolgskriterium Suchtverhalten wurden 3 Stufen bestimmt. Als 'abstinent' galten Patienten, die angaben, seit der Entlassung weder Alkohol noch zustandsverändernde Medikamente eingenommen zu haben. Die Kategorie 'abstinent nach Rückfall' bildeten Patienten, die zum Zeitpunkt der Befragung seit mindestens 9 Wochen abstinent lebten. 'Rückfällig' wurden alle übrigen Patienten eingeschätzt, auch solche, die unvollständige Angaben machten.

Der Anteil Abstinenter unter den Katamneseantwortern betrug 66%. Als 'abstinent nach Rückfall' bezeichneten sich 10.8%. Damit ergibt sich eine Besserungsrate von 76.8%. Bezogen auf die Gesamtpopulation der Behandelten betrug die Besserungsrate dagegen nur 53.4%.

Bezüglich der Ergebnisse der hierarchischen Regression zur Vorhersage des Suchtmittelverhaltens wurde eine Reihenfolge festgelegt, in der die Merkmalsbereiche in die Regression eingeführt wurden. Demographie der Patienten und Suchtgeschichte haben eine auffallend geringe prognostische Relevanz von 2.7%. Hoch ist die erklärte Varianz der sozialen und beruflichen Situation nach Behandlungsende mit 9.1%. Ebenso bedeutend sind die Varianzbeiträge der Nachsorgemassnahmen mit 11.2% erklärter Varianz. Sie sind anteilsmässig bedeutender als die Behandlungsmerkmale 'Therapiedauer' und 'Art der Therapiebeendigung' mit 3.2% erklärter Varianz.

Eine multizentrische Studie aus dem Deutschen Raum liegt von Küfner et al. (1986) unter der Mitarbeit von Feuerlein in Form der 'VDR'-Studie vor. In Auftrag wurde diese vom 'Verband Deutscher Rentenversicherungsträger' gegeben. 21 Behandlungseinrichtungen sind an der Evaluationsstudie beteiligt. Sie gilt wegen der Art der behandelten Klientel, der Behandlungsdauer, Art der Behandlung, Behandlungssetting und geographischer Lage nahezu als repräsentativ für das Gesamtbehandlungsangebot in der BRD. Küfner et al. (1986) stellen die Frage, welche Behandlungsmassnahmen bei welchem Patienten zu welchen Behandlungsergebnissen führen, ins Zentrum. Dabei gliedern sie die Hauptfrage in drei

Teilfragen: 1. Welchen Patientenmerkmalen und Patiententypen kommt eine prognostische Bedeutung zu? 2. Ergeben sich bei verschiedenen Behandlungsmerkmalen unterschiedliche Behandlungsergebnisse? 3. Existiert ein Interaktionseffekt zwischen den Patientenmerkmalen und Behandlungsmerkmalen, so dass eine entsprechende Zuordnung zu besseren Behandlungsergebnissen führt?

Die Ausgangsstichprobe umfasste 1410 primär alkoholabhängige Patienten. Als Ausschlusskriterien galten überwiegende Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Die Teilnahme basierte auf freiwilliger Basis. Die Verweigerungsquote betrug 18%. Unter den Verweigerern fand sich ein signifikant höherer Anteil von Patienten, die in den letzten beiden Jahren ihren Arbeitsplatz gewechselt hatten. Weitere Unterschiede in Bezug auf Arbeitslosigkeit, Geschlecht und Prognoseindex konnten nicht gefunden werden. Küfner et al. (1986) schliessen daraus, dass die Teilnahmeverweigerung zu keinen systematischen Verzerrungen geführt hat. Skarabis (1986) weist allerdings darauf hin, dass die Berechnungen nicht korrekt sind und zumindest Frauen signifikant häufiger die Teilnahme verweigerten. Ferner haben einige der ursprünglich ausgesuchten Behandlungseinrichtungen die Teilnahme gänzlich verweigert.

Die Untersuchung sah vier Erhebungszeitpunkte vor: Behandlungsaufnahme, Entlassung, 6-Monatskatamnese I und 18-Monatskatamnese II. Die Ausschöpfungsquote für Katamnese I betrug 84%, für Katamnese II 81%. Folgende Variablen sollten erhoben werden: 1. Patientenmerkmale (Soziodemographie, Suchtgeschichte und Symptomatik, Sozialverhalten, Persönlichkeitsmerkmale, kritische Lebensereignisse, Behandlungseinstellung) und 2. Behandlungsmerkmale.

Die durchschnittliche Abstinenzrate der Katamneseantworter für den gesamten Zeitraum betrug in Katamnese I 66.9%, in der Katamnese II 53.8%. Bei den 'Gebesserten' (11.2% in Katamnese I und 8.5% in Katamnese II) wurden alle Patienten eingestuft, die einen bestimmten Alkoholkonsum nicht überstiegen (bei den Männern 60 g Alkohol, bei den Frauen 30 g Alkoholkonsum pro Tag). Diese Höchstmenge an Alkohol gilt als sehr liberal. Ebenso wurden Patienten mit einem einmaligen Rauschtrinken dieser Kategorie zugeordnet. Werden alle Nichtantworter bei den Rückfälligen eingestuft, beträgt die Abstinenzrate in Katamnese I 57.0%, in Katamnese II 42.2%.

Ein wichtiger Auswertungsschritt in der Arbeit von Küfner et al. (1986) besteht in der Bestimmung eines Prognoseindexes. Für Männer wirken sich folgende Variablen günstig aus: Zusammenleben mit dem Partner, Wohnortgrösse kleiner als 100000 Einwohner, nur eine Arbeitsstelle in den letzten 2 Jahren, nicht arbeitslos, Besitz von Wohneigentum, nicht im Wohnheim lebend oder obdachlos, kein Arbeitsplatzverlust wegen Alkoholmissbrauchs, kein Suizidversuch und keine frühere Behandlung. Bei den Frauen wirken sich folgende Merkmale prognostisch günstig aus: Höchstens ein Suizidversuch, weniger als 625 Gramm Alkohol pro Woche und keine frühere Entwöhnungsbehandlung.

Die Berechnungen und Analysen zur Behandlungsdauer werden von Süss (1988) kritisiert. Ihnen liegt nicht die tatsächliche Verweildauer in den Einrichtungen zugrunde, sondern die Regelverweildauer in den verschiedenen Einrichtungen. Süss (1988) anerkennt, dass die Feuerlein-Studie die bisher umfassendste und fundierteste Studie zur stationären Therapie Alkoholabhängiger im Deutschen Raum ist. Die methodische Hauptschwäche der Untersuchung identifiziert er im Nichtvorhandensein eines Auswertungsmodells für den Gesamtdatensatz. Das Aufsplitten von Zusammenhängen in Kreuztabellen erlaubt es zwar, Haupt- und Interaktionseffekte zu überprüfen, aber bereits bei vier Variablen mit mehreren Kategorien wird die Gesamtstichprobe in 24 Teilstichproben aufgesplittet, was auch bei einer Untersuchung mit mehr als 1000 Personen und schiefen Verteilungen schnell zu zahlreichen leeren Zellen und unüberprüfbaren Zusammenhängen führt.

### **Ergebnisse aus Meta-Analysen**

Unter einer Meta-Analyse werden nach Süss (1995, S. 249) üblicherweise alle systematischen, auf die quantitative Integration und Kumulation von empirischen Forschungsergebnissen ausgerichteten Methoden bezeichnet. Das Konzept der Meta-Analyse ist jedoch umstritten und insbesondere im Kontext der Bewertung von psychotherapeutischen Massnahmen vielfach kritisiert worden. Wittmann (1985) schlägt vor, durch die explizite Begrenzung der Meta-Analyse auf eine diagnostische Kategorie, nämlich auf die Frage nach der Wirksamkeit von Therapie bei Alkoholabhängigkeit und durch die Auswahl von Verfahren, die der Fragestellung und der Datenbasis angemessen sind, die bekannten Probleme eines solchen Vorgehens entweder zu vermeiden oder explizit zu berücksichtigen.

Costello (1975, 1980) und Costello et al. (1977) entwickelten Meta-Analysetechniken, um Literaturergebnisse zu aggregieren und die Auswirkungen auf Patienten-Präselektionseffekte und die Bedeutung von Nachsorgemassnahmen für den Behandlungserfolg zu prüfen. Dabei kodierten Costello et al. (1977) eine Stichprobe von Untersuchungsergebnissen nach bestimmten Merkmalen und erhielten eine Datenbasis für die eigentliche statistische Weiterverarbeitung. In ihre Kodierung einbezogen wurden 80 Untersuchungen aus acht Ländern (46% der Untersuchungen stammen aus den USA). Es handelt sich dabei um Studien mit einer durchschnittlichen Katamnesedauer von 1 Jahr, die zwischen 1951 und 1975 erschienen. Kodiert wurde nach vier Kriterienmerkmalen: Anteil Abstinenter, Problemtrinker, Verstorbener und Nichtantworter. Anhand der hierarchischen Clusteranalyse klassifizierten sie die 80 Untersuchungen anhand des Kriteriums in fünf Erfolgsstufen. Geprüft wurde der Zusammenhang zwischen Erfolgsindex und Untersuchungsmerkmal. Es zeigte sich, je besser die Ergebnisse waren, desto mehr Präselektionskriterien wurden für die untersuchte Behandlungsform verwendet. Ausgeschlossen aus der Behandlung wurden folgende Patientengruppen: Patienten ohne festen Wohnsitz, Patienten ohne Bezugspersonen, Patienten mit Psychosen, Psychopathien oder hirnorganischen Syndromen, Medikamentenabhängige, Patienten mit strafrechtlichen Problemen und solche, die eine Abneigung gegen die Einnahme von Disulfiram zeigten. Die gefundenen Ausschlusskriterien korrelierten sehr eng mit der Prädikatorenliste für eine gute Behandlungsprognose. Weitere Ergebnisse zeigen, dass sich erfolgreiche Behandlungsprogramme durch intensive

Behandlung mit mehr Behandlungselementen und günstigerem Personal-Patientenschlüssel auszeichnen. Als Standardtherapie diente in den Untersuchungen die stationäre Breitbandtherapie mit Gruppentherapie, Programmelementen der Anonymen Alkoholiker und individueller Beratung. 79% der Untersuchungen mit den besten Ergebnissen führten eine Nachuntersuchung durch.

Costello (1980) untersuchte in einer weiteren Meta-Evaluationsstudie die Bedeutung von Nachsorgemassnahmen im Vergleich zur Behandlungsintensität. Ausgewählt wurden 29 Untersuchungen mit einer durchschnittlichen Katamnesezeit zwischen 1 und 2 Jahren. Anhand der Pfadanalyse prüfte er den Zusammenhang zwischen Patientenmerkmalen, Behandlungsmerkmalen und Behandlungserfolg. In den Untersuchungen wurden 4 Kriterien klassifiziert: 'Social Stability Index' (gebildet aus dem Anteil erwerbstätiger und verheirateter Personen), 'Treatment Extensity' (Summenscore aus der Anzahl der verwendeten Behandlungskomponenten), 'Follow trough Component' (Index für 'aggressive' Nachsorgekontakte), und 'Index of Success' (Trinkverhalten bei Katamnesebefragung).

In den 29 Untersuchungen wurde eine durchschnittliche Besserungsrate von 40.5% erreicht. Im überprüften Modell werden keine Annahmen über die kausale Richtung des Zusammenhanges von sozialer Stabilität und Behandlungsintensität gemacht. Es werden indirekte Effekte von sozialer Stabilität und Behandlungsintensität auf den Erfolg angenommen. Das Merkmal 'soziale Stabilität' erhält den höchsten Varianzanteil am Kriterium. Das Modell stützt die Annahme, dass Behandlungsmerkmale 11% Varianz am Kriterium erklären, wobei 6% durch die direkten Behandlungsmassnahmen und 5% durch die indirekten Nachsorgemassnahmen zu erklären sind.

Süss (1988) weist auf die methodologische Problematik der Meta-Analysen von Costello (1975, 1977, 1980) hin, besonders was die pfadanalytische Untersuchung betrifft. Indexbildung und Klassifikation wurden nicht auf ihre Reliabilität hin überprüft.

Die aktuellste Meta-Analyse verfasste Süss (1995). Der Autor beschreibt Untersuchungsansätze, die in der vorliegenden Arbeit teilweise auch thematisiert werden sollen.

Süss (1995) verlangt bei einer Meta-Analyse über die Wirksamkeit von Alkoholismustherapie die Berücksichtigung von mindestens folgenden Kriterien: Die methodologische Unterscheidung von experimentellen und nicht-experimentellen Untersuchungen, Deklaration der Herkunft der Studien und die damit verbundene Frage nach Unterschieden in der Struktur der jeweiligen Behandlungsnetze (Vorauswahl von Patientengruppen mit unterschiedlichen prognostisch relevanten Merkmalen in Abhängigkeit von Behandlungsmerkmalen), die Beschreibung der Behandlungsmethoden (Art, Vielfalt und Dauer), die Aufnahmekriterien (diagnostische Kriterien: Abhängigkeit versus Missbrauch bzw. gesundheitliche Schädigung) sowie Angabe der Erfolgskriterien und Berechnungsgrundlage (Berücksichtigung von Therapieabbrüchen und Katamnese-Nichtantwortern, Katamnesezeitdauer).



Von den ursprünglich 320 Publikationen zur Wirksamkeit psychologischer Therapien bei Alkoholabhängigen verblieben im Datenpool von Süss (1995) 23 experimentelle und 21 nicht-experimentelle Untersuchungen, die den methodischen Mindeststandards genügten. Als Erfolgskriterien festgelegt wurden in Bezug auf das Trinkverhalten für alle Untersuchungen: 1. Dauerhafte Abstinenz im gesamten Katamnesezeitraum und 2. Erhebliche Besserung. Neben dem Mass der 'Abstinenz', das als vergleichbares, eindeutig operationalisiertes Erfolgskriterium bezeichnet werden kann, wird das schwieriger festzulegende Mass der 'Besserung' berücksichtigt. Ferner wurden zwei Varianzquellen berücksichtigt: Die methodische Unterscheidung von experimentellen und nicht-experimentellen Untersuchungen sowie die Herkunft der Studien (BR Deutschland vs. andere Länder). 16 der 23 experimentellen Studien wurden in den USA und Kanada durchgeführt, fünf in England, zwei in Finnland und keine in der BRD. Bei den nicht-experimentellen Studien stammen 13 der 21 aus der BRD, sechs aus den USA und Kanada, je eine aus Schottland und der ehemaligen DDR. Die durchschnittliche Katamnesezeitdauer betrug 14.0 Monate ( $SD=8$ ). Die durchschnittliche Stichprobengrösse umfasste 111 Personen ( $SD=214.5$ ).

Bei den Resultaten zur generellen Wirksamkeit verwendet Süss (1995) verschiedene Berechnungsarten ( $F1-F4$ , s. Abschnitt 1.2.3.). Bei den Abstinenzraten streut der Gesamtmittelwert über alle Messzeitpunkte und Behandlungsgruppen zwischen 47.9% ( $F1$ ) und 34.0% ( $F4$ ). Die Abstinenzraten sinken für alle vier Berechnungsmodi von den 6- zu den 12-Monatskatamnesen signifikant ab, davor und danach sind sie jedoch relativ stabil. Da einmalige Rückfälle meist als Misserfolg gewertet werden, sind die Abstinenzraten bei Langzeitkatamnesen unbefriedigend. Daraus erklärt sich der Einbezug der Variable der 'Gebesserten'. Die Besserungsraten liegen im Durchschnitt bei Berechnungsart  $F1$  14.0% und bei  $F4$  6.0% über den Abstinenzraten. Die Besserungsraten der 48-Monatskatamnesen steigen im Vergleich zu den 12- und 24-Monatskatamnesen mit Ausnahme der Berechnungsform  $F3$  wieder an. Dieses Ergebnis deutet darauf hin, dass die Zahl der dauerhaft Abstinenten bei Langzeitkatamnesen langsam aber stetig abnimmt, die Zahl der Gebesserten jedoch entsprechend zunimmt. Dieses Ergebnis bestätigt die längerfristige Wirksamkeit der Therapie.

Bei den Ergebnissen zu der differentiellen Wirksamkeit werden die Quoten von vier Behandlungskonzepten betrachtet. Folgende vier Gruppen werden klassifiziert: 1. Eklektische Standardtherapie, 2. Verhaltenstheoretisch orientierte Breitbandtherapie, 3. Minimaltherapie, 4. Disulfiram-Therapie. Unter den Therapiekonzepten dominierte mit 58.3% die eklektische Standardtherapie. In 16 Behandlungsgruppen (22%) wurde die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Therapiekonzepte geprüft. Zu den Bausteinen gehörten: 'Social-skill-Training', Kommunikationstraining, 'covert sensitization', 'kognitiv-behaviorale' Techniken und Entspannungstraining. In weiteren vier Gruppen wurde die Effektivität der Paar- und Familientherapie mit zusätzlichen Elementen der Standardtherapie evaluiert. Die primäre Prüfung der Wirksamkeit von Disulfiram war Untersuchungsgegenstand in acht Gruppen. Weitere Therapieformen wurden unter der Gruppe der eklektischen Therapie subsumiert. Die verhaltenstherapeutisch orientierte Breitbandtherapie war um 11% bis 14% erfolgreicher als die

eklektischen Therapien, diese wiederum wiesen bessere Abstinenzquoten auf als Disulfiram- und Minimaltherapie. Die Erfolgsquote der verhaltenstheoretisch orientierten Breitbandtherapie war mehr als doppelt so hoch wie die der Minimaltherapie und fast doppelt so hoch wie die der Disulfiram-Therapie.

Ein Ziel der Meta-Analyse bestand in der Vorhersage der prognostischen Relevanz von Personen-Merkmalen. Da sich jedoch das Kodiersystem als viel zu differenziert erwies, wurde dieses Ziel nicht erreicht. Konsens besteht in der Forschung über die prognostische Bedeutung sozialer Stabilität (Partnerschaft, Wohnsituation und Beruf). Um eine grobe Prüfung dieser Annahme zu leisten, wurden die Studien mit dem höchsten Anteil an sozialen Problemgruppen (mind. 45% Arbeitslose und/oder mindestens 15% Obdachlose/Wohnheim-Bewohner) zusammengefasst. Mit Ausnahme des Kriteriums Besserung (F1) waren die Ergebnisse der Problemgruppen weniger als halb so gut wie die der anderen und die Unterschiede hochsignifikant ( $p < 0.02$ ).

Die durchschnittliche Behandlungsdauer betrug in der BRD 15.9 Wochen ( $SD=8.9$ ). In anderen Ländern verbrachten die Patienten durchschnittlich 4.2 Wochen in der Klinik. Damit ist die mittlere stationäre Behandlungsdauer in der BRD fast viermal so lang wie in den anderen Ländern. Daher können die Ergebnisse der experimentellen Untersuchungen nicht auf die BRD generalisiert werden, da offensichtlich erhebliche Unterschiede hinsichtlich der Versorgungsnetze bestehen. Bezüglich der Behandlungsdauer gab es einen signifikanten Zusammenhang zwischen dem Trinkverhalten und der stationären Behandlungsdauer ( $p < 0.05$ ). Eine Differenzierung der überwiegend Angloamerikanischen Studien nach Kategorien von Behandlungsdauer ergab für das Kriterium Abstinenz eine umgekehrte U-förmige Beziehung mit einer optimalen Behandlungsdauer von 4 Wochen. Als tentative Regel gilt: Eine stationäre Therapie von deutlich unter 4 Wochen Dauer erbrachte die ungünstigsten Ergebnisse, vier Wochen hingegen ein relatives Optimum, das erst dann wieder substantiell übertroffen wurde, wenn die Therapiedauer mindestens viermal länger war. In Bezug auf das Herkunftsland waren für alle vier Kriterien die Abstinenz- und Besserungsraten in der BRD höher als in anderen Ländern. Die Unterschiede variieren in Abhängigkeit vom Berechnungsmodus zwischen 7% und 30% beträchtlich. Diese besseren Ergebnisse dürfen nicht mit deren klinischer Bedeutung gleichgesetzt werden. Die stationäre Therapie in der BRD war nach diesen Ergebnissen effektiver als die der anderen Ländern, bei einer - wie erwähnt - mehr als vierfach längeren Therapiedauer.

Die Effekt-Stärke wird nach Süss (1995) definiert als die Differenz der Mittelwerte der Zielvariable zwischen Experimental- und Kontrollgruppe, dividiert durch die Standardabweichung der Kontrollgruppe. Unter den experimentellen Studien befand sich nur eine mit einer echten Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis hat Konsequenzen für die Interpretierbarkeit der Befunde; sie ist deutlich erschwert, da die Effektstärke überwiegend auf relativen Vergleichen verschiedener Treatments basiert. Die mittlere Effektstärke für die Wirksamkeit von Disulfiram betrug bei drei Vergleichsgruppen (F4)  $ES=0.32$ , was ein schwacher Effekt ist. Teilweise sehr gering und v.a. uneinheitlich sind die Ergebnisse für den Vergleich von eklektischer

Standardtherapie und Minimaltherapie. Den relativ hohen positiven, mittleren Effektstärken (F2 und F3) liegen nur wenige Ergebnisse zugrunde. Am zuverlässigsten ist mit zehn Gruppenvergleichen die Effektstärke für den pessimistischen Modus F4 ( $ES=.17$ ). Auch die experimentellen Befunde deuten auf eine Überlegenheit der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie gegenüber der eklektischen Standardtherapie hin. Die Effektstärken streuten zwischen .55 (mittlere ES) und .88 (hohe ES).

### **1.2.3. Methodische Probleme**

Die Literaturübersicht hat gezeigt, dass die Ergebnisse der Evaluationsstudien erheblich verzerrt sind. Als methodische Mängel haben sich v.a. Kriterienmasse, die nicht eindeutig sind, unterschiedliche Katamnesezeiträume, differente Verrechnung von Abbrecherquoten und Datenschwund gezeigt. Ausserdem existieren kontaminierende Effekte: Patientenpräselektion und Intensität bzw. Vielseitigkeit der Behandlung. In den Untersuchungen sind oft beide Kriterien vermischt und schränken dadurch die Vergleichbarkeit der Ergebnisse ein. Durch Selektionskriterien werden Patienten mit ungünstigeren Prognosemerkmalen auch weniger intensive und unsystematische Behandlung angeboten, was die Untersuchungen systematisch verzerrt. Ein grosser Teil der Kriterienvarianz wird durch diese Effekte determiniert. Dadurch ist es schwierig zu bestimmen, was unterschiedliche Behandlungsmassnahmen tatsächlich bewirken.

Süss (1988, S. 79) fasst die verbreitesten Mängel aus den kritischen Literaturübersichten verschiedener Autoren zusammen (vgl. Costello, 1975; May & Kuller, 1975; Antons & Schulz, 1977; Blane, 1977; Nathan & Lansky, 1978; Sobell et al., 1978; Caddy, 1980; Maisto & Cooper, 1980; Maisto & McCollam, 1980 und Emrick & Hansen, 1983):

- Designmängel: Es existieren zu wenig experimentelle Untersuchungen, keine Untersuchungen mit unbehandelten Kontrollgruppen oder Untersuchungen mit ungeeigneten Kontrollgruppen; zu häufig werden nur retrospektive Untersuchungen durchgeführt.
- Unrepräsentative Stichprobenauswahlverfahren: Die Patientenpopulationen sind oft inhomogen (Problemtrinker und Abhängige).
- Mangelhafte Erfassung von Daten: Erfassung und Beschreibung von Behandlungsmerkmalen und aussertherapeutischem Geschehen sind ungenau.
- Unterschiedliche Erfassung der Kriterien: Häufig nur unidimensionale und unimethodale Erfassung der Kriterien, wobei nur das Trinkverhalten geprüft wird. Andere Kriterien werden nicht überprüft. Es findet keine Reliabilitäts- und Validitätsprüfung der Kriterienskalen statt.
- Gemessene Kriterienvariable und angestrebte Behandlungsziele stimmen häufig nicht überein.
- Kriterienvariable wird nicht gleichzeitig als Baselinevariable erhoben. Das Merkmal Trinkverhalten wird nur nominalskaliert und nicht kontinuierlich gemessen. Bei der Kategorie der Besserung des Trinkverhaltens wird der Konsum vor der Behandlungsaufnahme nicht berücksichtigt.

- Zu kurze Katamnesezeiträume, häufig wird nur eine Katamneseerhebung durchgeführt; Therapieabbrecher und Nichtantworter oder nicht-erreichte Patienten werden in der Katamnese nicht berücksichtigt.

Süss (1988, S. 80) fügt an, dass es den vorliegenden Alkoholismuskonzeptualisierungen und Theorieansätzen an Operationalisierbarkeit und Ueberprüfbarkeit fehlt. Er fordert folgende Verbesserungen:

1. Für die Entwicklung einer angemessenen Evaluationsmethodik wird eine Gewichtung der Qualitätskriterien erforderlich. Als ungeeignet für die Evaluationsforschung in der klinischen Praxis erweisen sich die Kriterien der inneren Validität.
2. Selbst gut geplante Einzeluntersuchungen sollten nicht als Entscheidungsexperiment für indikative Fragestellungen herangezogen werden. Es ist offensichtlich, dass eine einzelne Untersuchung aufgrund der Komplexität der Fragestellung und der grossen Zahl bedeutsamer Merkmalsbereiche stets methodologische Schwächen aufweist.
3. Die begrenzte Standardisierung und Vereinheitlichung der Forschungsmethodik scheint dringend geboten.
4. Allerdings müssen Standardisierungsvorhaben auf ein absolutes Minimum begrenzt bleiben, damit jeder Einzeluntersuchung genug Raum für spezifische Fragestellungen bleibt.

### **Standardisierungsvorschläge**

In Amerika haben Sobell et al. (1978) und Caddy (1980) ein Evaluationsmodell als Prototyp für eine adäquate Ergebnisevaluation von Alkoholismustherapie geschaffen. Süss (1988) bezeichnet das Modell jedoch als idealtypisch. Das Modell entspricht zwar weit gehend der Aufforderung, zukünftig die genannten Mängel zu vermeiden. Als generelle Methodenstandards sind die Vorschläge jedoch unbrauchbar, da sie in der Untersuchungspraxis nicht gleichzeitig erfüllt werden können. Sie verunmöglichen eine für die Entwicklung von Minimalstandards erforderliche Gewichtung der Qualitätskriterien.

Emrick & Hansen (1983, S. 1084) legen 11 Erfolgskriterien vor (treatment completion, recidivism, mortality, treatment use, physical health, drinking behavior, other substance use, legal problems, vocational functioning, family/social functioning, emotional functioning). Für alle Kriterien werden Definitionen geliefert und soweit erforderlich, Diagnostika vorgeschlagen.

Die Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 1985) formulieren konkrete Katamnese Standards. Diese wurden für die Evaluation von Entwöhnungsbehandlungen entwickelt und sollen für alle Einrichtungstypen (stationär und ambulant) und Formen der Abhängigkeit (Alkoholismus, Medikamentenabhängigkeit, illegale Drogen) Verwendung finden können.

Als Mindeststandard gelten folgende Festlegungen:

- Drei Erhebungszeitpunkte: Eingangsuntersuchung, Entlassungsuntersuchung und eine 1-Jahres-Katamnese (mögliche zusätzliche Erhebungszeitpunkte: 2-

und 5-Jahres-Katamnesen.

- Erhebungsmethoden: Schriftliche und mündliche Patientenbefragung.
- Stichprobenauswahlverfahren: Alle Patienten (auch Abbrecher) eines Untersuchungszeitraums oder eine Zufallsstichprobe von mindestens 50 Personen.

Die Minimalstandards enthalten 37 Fragen mit vorgegebener Antwortkategorie in sieben Merkmalsbereichen, die bei Aufnahme und Katamnesebefragung zu erfassen sind: Soziodemographische Angaben, Sozialbeziehung und Lebenssituation, Schule, Arbeit, Einkommen, psychische und physische Gesundheit, Vorbehandlung und Unterbringung, Alkoholkonsum, Klassifikation des Suchtmittelgebrauchs. Bei Entlassung sind einzubeziehen: Behandlungsdauer, Art und Grund der Entlassung, evtl. Rückfall während der Behandlung, disziplinarische Verstösse sowie die soziale Situation bei der Entlassung und evtl. psychiatrische Erkrankungen. Eine Behandlungseinrichtung soll dargestellt werden durch: Art der Behandlung, Zielgruppe, Regelverweildauer, Kostenträger, Selektionskriterien bei Aufnahme und Angaben zum Klinikpersonal. Als Erfolgskriterien wurden Suchtmittelkonsum, berufliche Integration, Sozialverhalten und körperliche Gesundheit festgelegt. Die Items zur Erfassung des Suchtmittelgebrauchs sehen exakte, quantitative Kategorien mit Fragen zum täglichen Suchtmittelgebrauch vor.

Für das Kriterium der Suchtmittelgebrauchs müssen die Erfolgsquoten vierfach berechnet werden:

1. Für alle planmässig entlassenen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen (Form F1).
2. Für alle planmässig entlassenen Patienten, die nicht-erreichten werden als rückfällig eingestuft (Form F2).
3. Für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen (Form F3).
4. Für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten, die nicht-erreichten werden als rückfällig eingestuft (Form F4).

Bei den Formen F2 und F4 handelt es sich um eine 'vorsichtig-pessimistische' Berechnungsweise. Die nicht erreichten Patienten werden alle als rückfällig eingestuft. Es entspricht den Tatsachen, dass ehemalige Patienten, die der Katamnesebefragung nicht nachkommen, eher rückfällig sind. Andererseits bedeutet eine Verweigerung nicht automatisch, dass der Adressat rückfällig wurde. Im Unterschied dazu werden in den 'wohlwollend-optimistischen' Formen F1 und F3 nur diejenigen Informationen ausgewertet, die von den Patienten selber oder von Kollaterals stammen.

### **Diskussion der Katamesestandards**

Die Auswahl der Merkmale nach den Katamnesestandards der DGSS (1985) zeigt eine deutliche Priorität für eine differenzierte Erfassung des Suchtmittelverhaltens. Angaben über Patientenmerkmale zur beruflichen und sozialen Integration werden erst in zweiter Linie berücksichtigt. Für die Behandlungsmerkmale werden nur minimale Vorgaben gemacht. Um die Vergleichbarkeit der Ergebnisse aus

unterschiedlichen Untersuchungen zu sichern, müssen 3 Voraussetzungen gegeben sein: 1. Die Patientenpopulationen müssen unter prognostischen Gesichtspunkten vergleichbar sein. 2. Die Bewertungsmaßstäbe müssen einheitlich sein. 3. Die Untersuchungsbedingungen müssen vergleichbar sein in Bezug auf Erhebungszeitpunkte und Erhebungsmethoden (vgl. Süss, 1988).

Bei der Erfassung des Suchtmittelverhaltens muss von der Festlegung eines Mindeststandards bei näherer Betrachtung Abstand genommen werden. Die quantitative Bestimmung des Trinkverhaltens bringt eine Menge methodischer Probleme mit sich. Diese ergeben sich durch die notwendige Festlegung von cut-off-Werten (Festlegung von Kategorien für soziales Trinken). Bedeutender sind jedoch die Probleme, die sich durch die Reliabilität und Validität von Patientenangaben ergeben (vgl. Cooper et al., 1980). Dies erklärt sich durch die Verleugnung der Sucht zum Katamnesezeitpunkt (vgl. Petry, 1985). So wird kritisch eingewendet, dass die quantitativen Patientenangaben zum Suchtmittelgebrauch ebenso unreliabel wie nicht valide seien. Selbst wenn neben einer mündlichen und schriftlichen Befragung der Patienten die Angaben von Bezugspersonen vorliegen, stellt sich die Frage, welche Angaben nun valide sind. Durchaus reliabel und valide sind jedoch die resultierenden Kriterienmasse, wenn nur in groben objektivierbaren Kategorien nach Rückfällen, Symptomen von Abhängigkeit und Wiederbehandlungen im Katamnesezeitraum gefragt wird und diese Angaben mit einer konservativen Schätzung zu einer Gesamtaussage verknüpft werden. Diese Ergebnisse sind über sämtliche vorliegenden Untersuchungen hinweg weitgehend konsistent (vgl. Sobell et al. 1975, 1978, 1979, 1980; Maisto et al., 1979a, 1979b; Polich et al., 1981; Watson et al., 1984 und Kufner et al., 1986).

Die Festlegung der Katamnesezeitdauer auf ein Jahr nach Behandlungsende stellt für Süss (1988) ebenfalls ein Problem dar. Die Bestimmung auf ein Jahr resultiert aus der Annahme heraus, dass Abstinenz- und Besserungsraten nach einem Jahr stabil seien. Nach dem Untersuchungsstand kann diese Annahme jedoch nicht aufrechterhalten werden. Der Autor verlangt 3- und 6-Monats-Katamnesen, um mehr Informationen über Ursachen und Bedingungen von Rückfällen zu erhalten. Für die Verbesserung therapeutischer Massnahmen sind solche Informationen wertvoll.

Ein weiteres Problem ergibt sich durch den Datenschwund im Katamnesezeitraum. Um die Follow-up-Quote möglichst hoch zu halten, schlagen amerikanische Autoren vor, die Patienten vor der Entlassung auf die bevorstehende Katamnese vorzubereiten. Ausserdem soll schon während der Behandlung Kontakt zu Bezugspersonen geknüpft werden. Der Kontakt nach der Entlassung soll nie abgebrochen werden. Sobell et al. (1978) zeigten, dass solche Massnahmen die Quote erhöhen können. Als problematisch stellt sich der Aufwand dar. Viele Behandlungszentren können sich eine derart intensive Nachbetreuung nicht leisten. Damit ist die Frage aber nicht geklärt, ob es sich um Selektionsprozesse bei intensivem Bemühen in der Nachsorgezeit handelt. Aus methodischen Gründen sind daher zusätzliche Kontakte im Katamnesezeitraum, die nur der Verbesserung von Rücklaufquoten dienen, unzulässig. Sie können die externe Validität nicht verbessern, sondern sie gefährden sie (vgl. Emrick & Hansen, 1983).

Nichtantworter weisen bei Katamnesen durchwegs ungünstigere Prognosemerkmale auf (vgl. Süss, 1988). Daraus ergeben sich weitere Probleme. Die Behandlungsergebnisse sind daher direkt proportional zur Höhe der Follow-up-Quote. Werden die Abstinenz- und Besserungsraten nur auf die Katamneseantworter bezogen, so werden die Behandlungsergebnisse überschätzt; werden sie jedoch auf die Gesamtpopulation bezogen und die Nichtantworter als rückfällig eingestuft, wird die Erfolgsrate unterschätzt. Die Grösse der Differenz von Ueber- und Unterschätzung der Behandlungsergebnisse ist von der Höhe der Follow-up-Quote abhängig. Je höher die Quote, desto geringer die Differenz.

### **1.3. Fragestellungen**

Ziel der vorliegenden Studie ist es, die generelle und differentielle Wirksamkeit psychologischer Therapien anhand von 56 ausgesuchten Studien zu untersuchen. Ausgegangen wird dabei von den nachklinischen Erfolgswerten der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004), die in Bezug mit Abstinenz- und Besserungsquoten von Schweizer, Deutschen und Angloamerikanischen Katamnesen gestellt werden sollen.

#### **Folgende Fragestellungen werden in diesem Zusammenhang untersucht:**

1. Wie hoch sind die Erfolgsraten (Abstinenz- und Besserungsraten) aller erfassten Studien?
2. Bestehen Unterschiede in den Erfolgsraten der Studien aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und USA?
3. Welche Unterschiede bestehen beim Vergleich der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) mit den drei Ländern und der 'VDR-Studie' (vgl. Kufner et al., 1986).
4. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Erfolgsraten bei der Berechnung über alle Studien?
5. Sinken die Abstinenz- und Besserungsraten der 56 Katamnesen mit Zunahme der Katamnesedauer?
6. Sind die Erfolgsraten der erfassten Katamnesen abhängig von der Behandlungsdauer?
7. Unterscheiden sich die unterschiedlichen Behandlungsansätze (eklektische Breitbandtherapie, verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie, Behandlung nach den Grundsätzen der Anonymen Alkoholiker, kombinierte Therapie aus stationären und ambulanten Elementen) hinsichtlich der Erfolgsraten in den Studien?

#### **Fragestellung 1**

Eine Ueberprüfung der vor längerer Zeit von Emrick (1974) aufgestellten und heute noch viel zitierten 'Ein-Drittel-Regel' ist indiziert. In seiner Meta-Analyse stufte er nach der stationären Behandlung einen Drittel der Patienten als 'abstinenter', einen weiteren als 'gebessert' und den letzten Drittel als 'ungebessert' ein. Süss (1995) ermittelte in seiner Meta-Analyse deutlich höhere Abstinenzraten, zumindest bei den Berechnungsarten F1-F3 (F1= 47.9% Abstinente, F2=45.6% Abstinente, F3= 42.9% Abstinente). Werden jedoch beim Modus F4 die nicht-erreichten Patienten den

Rückfälligen zugeordnet, wird eine Abstinenzrate von 34.0% erzielt. Im Hinblick auf die Besserungsraten liegen die Werte der Meta-Analyse von Süss (1995) deutlich unter einem Drittel ( $F1=13.9\%$  'Gebesserte',  $F2=13.7\%$  'Gebesserte',  $F3=13.1\%$  'Gebesserte' und  $F4=6.7\%$  'Gebesserte').

Die Abstinenz- und Besserungsraten aller erfassten Studien werden ermittelt.

### **Fragestellung 2**

Deinlein (1998) beurteilt die kulturellen Unterschiede zwischen dem deutschsprachigen und angloamerikanischen Raum dahingehend, dass in deutschsprachigen Untersuchungen meist über höhere Abstinenzquoten berichtet wird als in den Katamnesen aus Angloamerika. In seiner Meta-Analyse identifizierte Süss (1995) ebenso höhere durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten in den deutschsprachigen Studien.

Die durchschnittlichen Erfolgsraten (Abstinenz- und Besserungsraten) in Bezug auf das Trinkverhalten der Katamnesen aus den drei Ländern (Schweiz, Deutschland und Angloamerika) werden miteinander verglichen.

### **Fragestellung 3**

Die vorliegende Untersuchung geht von Schweizer Verhältnissen, v.a. von denjenigen der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) aus. Eine Gegenüberstellung der Erfolgsraten nach einer stationären Therapie in der Forel-Klinik mit den Abstinenz- und Besserungsraten von Studien aus anderen Schweizer Institutionen soll einen Überblick in Bezug auf das Trinkverhalten nach stationärer Therapie in der Schweizer Kliniklandschaft verschaffen. Um zu überprüfen, ob die Erfolgszahlen dem internationalen Standard entsprechen, werden die Abstinenz- und Besserungsraten aus der Forel-Klinik mit den Erfolgswerten aller Katamnesen aus Deutschland und dem angloamerikanischen Raum verglichen.

Die Erfolgsraten der integralen Studie von Sieber et al. (2004) aus der Forel-Klinik sollen ausserdem den Abstinenz- und Besserungswerten der 'VDR-Studie' (vgl. Küfner et al., 1986) gegenübergestellt werden. Die 'VDR-Studie' wird als fundierteste und umfassendste Studie im deutschsprachigen Raum beschrieben. Aus diesem Grund werden die Erfolgsraten in Bezug auf das Trinkverhalten der beiden exemplarischen Studien aus dem deutschsprachigen Raum nach stationärer Therapie miteinander verglichen.

### **Fragestellung 4**

Eine einheitliche Beurteilung der Experten, was die geschlechtsspezifischen Eigenheiten in Bezug auf das nachklinische Trinkverhalten betrifft, existiert nicht. Die meisten Autoren, welche sich dieser Fragestellung widmen, kommen zum Schluss, dass keine signifikanten geschlechtsspezifischen Unterschiede in Bezug auf die nachklinischen Abstinenzraten anzutreffen sind (vgl. Annis & Liban, 1980; Vanicelli, 1984; Potamianos et al., 1986; Längle et al., 1990; Fichter & Frick, 1992; Funke et al., 1995; Maffli et al., 1995; Deinlein, 1998 und Brown et al., 2000).



Die Gegenüberstellung von weiblichen und männlichen stationär behandelten Alkoholkranken aus den 56 Katamnesen soll prüfen, ob die Resultate der oben zitierten Arbeiten, bei der die Existenz geschlechtsspezifischer Unterschiede im Trinkverhalten nach einer stationären Therapie nicht nachgewiesen konnte, durch diese Arbeit bestätigt werden.

### **Fragestellung 5**

Die Abstinenzwerte nehmen mit Zunahme der Katamnesedauer naturgemäss ab, während die Besserungsraten ansteigen. Für die Nachsorge bildet die Identifizierung des 'kritischsten' Zeitraumes bezüglich des ersten Rückfalls nach der Entlassung aus der Klinik Voraussetzung für ein Eingreifen in Form von vermehrten Nachsorgeterminen und weiteren Massnahmen. Süss (1995) fand in seiner Meta-Analyse heraus, dass die Abstinenzraten für alle vier Berechnungsmodi von den 6- zu den 12-Monatskatamnesen signifikant absinken. Er betont, dass die Abstinenzwerte davor und danach jedoch relativ stabil bleiben.

Abstinenz- und Besserungsraten der 56 Katamnesen werden in Zusammenhang mit den verschiedenen Katamnesezeiträumen gestellt.

### **Fragestellung 6**

Die Dauer der Behandlung nimmt eine evidente Rolle in Zusammenhang mit dem Behandlungserfolg ein. Neben den mittelfristigen Therapien von 3-6 Monaten und der früher üblichen Langzeittherapie (1Jahr) neigt man in den USA in letzter Zeit zu extrem kurzen Aufenthalten in stationären Einrichtungen. Aufgrund der notwendigen Sparmassnahmen im Gesundheitswesen ist die Diskussion der Verkürzung von Therapien ins Zentrum gerückt. Die Untersuchungen aus der Meta-Analyse von Süss (1995) belegen, dass die stationäre Therapie in Deutschland bei einer mehr als vierfach längeren Therapiedauer v.a. im Vergleich zu Behandlungen aus Angloamerika effektiver war.

Bei der vorliegenden Analyse von 56 Katamnesen soll der Frage nachgegangen werden, ob eine 'optimale Behandlungsdauer' ermittelt werden kann.

### **Fragestellung 7**

Ausser der generellen Wirksamkeit stationärer Entwöhnungstherapien wird die differentielle in diese Untersuchung einbezogen. Die Art der angewandten Therapie bildet neben Variablen wie z.B. Behandlungsdauer und Therapieintensität innerhalb der differentiellen Wirksamkeit eine wichtige Rolle für den Therapieerfolg.

Ziel der Analyse ist es, Aufschluss darüber zu geben, ob eine der folgenden Behandlungen den anderen in punkto Wirksamkeit (Abstinenz- und Besserungsraten) überlegen ist:

- Eklektische Standardtherapie
- Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie
- An dem Konzept der Anonymen Alkoholiker orientierte Therapie
- Kombi-Modell (stationäre Therapie verbunden mit ambulanter Nachsorge).

## **2. Methodik**

Ein wichtiges Element des methodischen Teiles besteht in der Auswahl der Studien. Aus diesem Grund werden die festgelegten Auswahlkriterien aufgelistet, welche bei der Literaturrecherche angewendet wurden. Bei den auf diese Weise ausgewählten Studien findet anschliessend eine Charakterisierung bezüglich der Variablen Studienmerkmale, soziodemographische Angaben, Suchtgeschichte und Behandlungsmerkmale statt. Da in der vorliegenden Arbeit von der Studie der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) ausgegangen wird, werden die obgenannten Parameter der vorliegenden Katamnesen mit den entsprechenden Grössen der Forel-Klinik, aber auch mit der 'VDR-Studie' (vgl. Kufner et al., 1986) und der Meta-Analyse von Süss (1995) verglichen.

Um eine Uebersicht über die 56 berücksichtigten Studien zu erlangen, werden alle Studien nach Ländern aufgeführt. Die wichtigsten Merkmale der Katamnesen aus den einzelnen Ländern werden einander gegenübergestellt.

Als Erfolgskriterien festgelegt werden die dauerhafte Abstinenz und eine erhebliche Besserung des Trinkverhaltens im gesamten Katamnesezeitraum. Definiert als unabhängige Variablen werden die Parameter Ländervergleich, Geschlecht, Katamnesezeitdauer, Behandlungsdauer und Behandlungsart.

Um die Katamnesen nach diesen Kriterien auswerten zu können, müssen die entsprechenden Grössen zuerst kodiert werden. Gemäss Kodiersystem von Neumer (1993) werden die relevanten Daten kodiert. Anschliessend wird die Auswertung in Form von Bestimmung der Mittelwerte und Häufigkeitstabellen vorgenommen. Auf Signifikanztests wird aufgrund der teilweise zu kleinen und wenig homogenen Stichproben verzichtet.

### **2.1. Auswahlkriterien der Studien**

In die Datenanalyse einbezogen wurden alle bis zum Stichtag (1.7.2002) in der Schweiz, Deutschland, Oesterreich und dem Angloamerikanischen Raum publizierten und mit vertretbarem Aufwand erreichbaren Studien zum Themenkomplex der generellen und differentiellen Wirksamkeit stationärer Therapien bei Alkoholkranken. Die Katamneseergebnisse der Forel-Klinik wurden in verschiedenen Teilpublikationen publiziert. Die integrale Auswertung erschien jedoch erst im Jahre 2004 (Sieber et al., 2004). Da für die vorliegende Analyse die integrale Auswertung besser geeignet ist als mehrere Teilkatamnesen, wurde die Publikation von 2004 einbezogen.

Unter Alkoholkrankheit wird an dieser Stelle die Alkoholabhängigkeit nach üblicher Diagnostik (ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-III-R) verstanden. Studien, welche sich mit Alkoholmissbrauch beschäftigen, werden ausgeschlossen. Was die Mehrfachab-

hängigkeit betrifft werden nur Katamnesen berücksichtigt, bei denen die Alkoholabhängigkeit im Vordergrund steht.

Im Weiteren werden Untersuchungen mit folgenden Kriterien explizit ausgeklammert:

- Die zu untersuchende Personengruppe besteht aus einer psychiatrischen Population,
- theoretische Abhandlung des oben erwähnten Themas ohne Angabe von konkreten Abstinenzraten,
- andere Krankheiten (auch physiologische Störungen) stehen im Fokus des Interesses,
- die nachklinische Beobachtungszeit liegt unter 6 Monaten,
- Studien mit einer Katamnesezeit über 48 Monaten,
- das Erscheinungsdatum der Katamnese liegt vor dem Jahr 1980,
- retrospektiv angelegte Studien,
- ausschliessliche Analyse der ambulanten Therapie bzw. der Nachsorge ohne vorausgegangenen klinischen Aufenthalt,
- Untersuchungen zur Wirksamkeit primär pharmakologischer Treatments (ausser Disulfiramtherapie),
- alleinige Beurteilung des Entzugs,
- Meta-Analysen.

## **2. 2.        Literaturrecherche**

Im Rahmen der Literatursuche wurden in den Datenbanken PSYCHINFO, PSYINDEX und PUBMED computergestützte Literaturrecherchen durchgeführt. Folgende Suchbegriffe dienten zur Umschreibung des Untersuchungsgegenstandes: ALCOHOLISM AND INPATIENT AND FOLLOW-UP und ALCOHOLISM AND INPATIENT AND EVALUATION und ALCOHOLISM AND INPATIENT AND META-ANALYSIS. Bei der Eingabe der Suchbegriffe galten zwei Einschränkungen: Das Erscheinungsdatum der Katamnesen durfte nicht älter als 1980 sein und die Untersuchungen mussten in Deutsch oder Englisch verfasst sein. Weiter wurden Untersuchungen einbezogen, welche den Literaturverzeichnissen von Studien entnommen werden konnten und den oben genannten Anforderungen entsprachen.

Von den auf diese Weise erfassten 587 Untersuchungen konnten 548 nicht ausgewertet werden (vgl. Tabelle 1). Bei 5 Studien war eine Beschaffung der Literatur unmöglich, so dass sie ausgeklammert werden mussten. Der grösste Teil der Untersuchungen konnte wegen inhaltlicher Kriterien nicht einbezogen werden: In 38 Studien liegt neben der Alkoholabhängigkeit eine weitere - das Krankheitsbild dominierende - Suchtkrankheit vor, in 35 Fällen handelt es sich bei der Untersuchungseinheit um psychiatrische Populationen, in 34 Publikationen fehlen die Angaben zur Abstinenz, 48 Untersuchungen behandeln primär physiologische Störungen, nur über ambulante Therapie oder Nachsorge wird in 49 Fällen berichtet und in 9 Studien wird primär eine Medikamententherapie (ausser Disulfiram) angewendet. Beim grössten Teil der ausgeschiedenen Studien (281) stellt die Wirksamkeit psychologischer Therapien in Bezug auf das Trinkverhalten nicht Gegenstand der Untersuchungen dar. Dabei handelt es sich um Katamnesen, die

beispielsweise folgende Themen beinhalten: Kostenanalyse bei stationär behandelten Alkoholkranken, präventive Studien im Bereich der Alkoholkrankheit, Schlafforschung bei Alkoholkranken, Eigenschaften (Ressourcen) von Alkoholkranken in stationärer Behandlung, Voraussetzungen von Rückfällen nach stationären Therapien, Einfluss von sozialer Unterstützung auf den Alkoholkonsum nach der Therapie, Validitätsprüfung des Rückfallmodells, Berichte über Patientenselektion in Bezug auf die stationäre Aufnahme, Entwicklung von Fragebogen zum Thema der Therapieerfolge, Zusammenhang zwischen Abstinenzernwartung und tatsächlich erreichter Abstinenz nach einer Therapie, Einwirkung von Selbstvertrauen, Selbstwirksamkeitserwartungen auf das Therapieergebnis, Berichte über Kommunikationstraining und Erwerb von Coping-Strategien, Mortalitätsstudien und demographische Variablen als Determinanten des Therapieerfolgs.

Es existieren weitere Studien, die nicht einbezogen wurden: 35 Studien, die nicht aus dem angloamerikanischen oder dem deutschsprachigen Raum stammen, wurden ausgeklammert. Aufgrund der Einhaltung eines methodischen Mindeststandards müssen 3 retrospektiv angelegte Studien und 2 Katamnesen mit einer Beobachtungszeit von weniger als 6 Monaten vernachlässigt werden. Eine zu lange Katamnesezeit wiesen 7 Untersuchungen auf. Bei zwei Katamnesen handelt es sich um Meta-Analysen. Nach dieser Selektion verbleiben 39 Studien. Neben diesen Katamnesen wurden weitere 17 Untersuchungen in den Datenpool aufgenommen. Diese konnten den Literaturverzeichnissen weiterführender Literatur entnommen werden. Insgesamt können **56 zu analysierende Studien** einbezogen werden (vgl. Tabelle 1).

**Tabelle 1:      Uebersicht über den Ausschluss der 548 Studien**

Ausklammerungsgrund	Anzahl Studien (N)
Keine Erreichbarkeit der Literatur	5
Andere Suchtkrankheit im Vordergrund	38
Psychiatrische Untersuchungseinheit	35
Fehlen der nachklinischen Abstinenzangaben	34
Physiologische Störungen	48
Rein ambulante Therapie	49
Primäre Medikamententherapie	9
Angegebenes Thema nicht zum Untersuchungskomplex dieser Arbeit passend	281
Untersuchungen aus anderen Ländern	35
Retrospektive Untersuchungen	3
Katamnesen mit weniger als 6 Monaten Untersuchungszeitraum	2
Katamnesen mit mehr als 48 Monaten Beobachtungszeitraum	7
Meta-Analysen	2

## 2.3. Charakterisierung der Studien

### 2.3.1. Charakterisierung aller Studien

#### Studienmerkmale

**Herkunftsland:** Aufgrund der bei der Datenrecherche angewandten Auswahlkriterien (vgl. Pkt. 2.1.) werden 56 Untersuchungen in den Datenpool aufgenommen.

**Tabelle 2: Herkunft der 56 Studien**

Herkunftsland	Anzahl (N)	Anteil in %
Schweiz	7	12.5%
Deutschland	27	48.2%
USA und GB	22	39.3%
Total	56	100.0%

Mehr als die Hälfte der Studien (60.7%) stammt aus dem deutschsprachigen Raum. Der grösste Teil der Katamnesen im Angloamerikanischen Gebiet wurde in den USA (19)<sup>1</sup> verfasst; aus England konnten nur 3 Untersuchungseinheiten beigesteuert werden (vgl. Tabelle 2).

**Erscheinungsjahr:** Bezüglich des Veröffentlichungsjahrgangs der Studien wurden in den 80-er und 90-er Jahren je 24 Katamnesen (42.9%) publiziert. 14.6% der Daten (8 Studien) wurden in den letzten 14 Jahren herausgegeben.

**Stichprobengrösse:** Die durchschnittliche Stichprobengrösse über alle Studien wird zweifach angegeben. Der erste Durchschnittswert bezieht sich auf alle Personen, welche sich in stationäre Behandlung begaben. In der vorliegenden Arbeit beträgt der Wert 502.4 Personen (SD=877.9). Als zweiter Parameter wird die Anzahl derjenigen ehemaligen Patienten, welche die Katamnese tatsächlich auch abgeschlossen haben, berücksichtigt. Durchschnittlich 373.3 Personen (SD=694.9) konnten katamnestisch erfasst werden (vgl. Tabelle 4). Wird mit der Meta-Analyse von Süss (1995) verglichen, fallen die grösseren Patientenpopulationen der vorliegenden Arbeit auf. Süss (1995) ermittelte in seiner Meta-Analyse eine durchschnittliche Stichprobengrösse von 111 Personen (SD=214.5). Im Vergleich zu den zitierten Arbeiten ist der Unterschied gross. Teilweise lässt sich die Differenz dadurch erklären, dass Süss (1995) auch mit experimentellen Gruppen arbeitete. Er erklärt, dass die mittlere Gruppengrösse der nicht-experimentellen Untersuchungen signifikant höher sei, als diejenige der experimentellen (N=253.4 versus N=46.0). Zum Vergleich werden die Werte der Forel-Klinik und der 'VDR-Studie' aufgeführt. In der Forel-Klinik liessen sich 1303 Patienten behandeln, in der 'VDR-Studie' 1410. Nachbefragt werden konnten in der Stichprobe von Sieber et al. (2004) am Ende nur 669, bei Kufner et al. (1986) 1118 ehemalige Patienten. Allerdings beträgt der Beobachtungszeitraum in der Forel-Klinik 26.8 Monate (vgl. Tabelle 4).

---

<sup>1</sup> Die 19 Katamnesen aus den USA und die 3 Studien aus England werden zu den Angloamerikanischen Untersuchungen zusammengefasst.

**Ausschöpfungsquote:** Von den angeschriebenen Personen konnten in dieser Studie bei einer Katamnesedauer von 16.5 Monaten durchschnittlich 72.8% (SD=16.8) nachbefragt werden. Damit wird eine recht hohe Ausschöpfungsquote vorgelegt. Die Ausschöpfungsquote der Forel-Klinik beträgt nach 26.8 Monaten 53.0%. In der 'VDR-Studie' wurden nach 18 Monaten 81.0% der Probanden katamnestisch erfasst (vgl. Tabelle 4).

**Katamnesedauer:** Durchgeführt wurde in der vorliegenden Arbeit die katamnestische Befragung nach durchschnittlich 16.5 Monaten (SD=10.5). Existierten mehrere Befragungszeitpunkte, wurde derjenige gewählt, welcher am nächsten bei der Katamnesedauer der Forel-Klinik liegt.

**Tabelle 3: Katamnesedauer in Monaten der 56 Studien**

Katamnesedauer	Anzahl (N)	Anteil in %
6-12 Monate	38	67.9%
13-24 Monate	9	16.1%
25-36 Monate	6	10.7%
37-48 Monate	3	5.4%
Total	56	100.0%

Damit wird eine Vergleichsbasis mit der Forel-Klinik geschaffen (durchschnittliche Katamnesedauer: 26.8 Monate). In 67.9% der Studien fand die Patientenbefragung nach relativ kurzer Zeit (6-12 Monaten) statt. Bei 16.1% der Patienten wurden die Katamnesedaten zwischen 13 und 24 Monaten aufgenommen; in 10.7% der Fälle dehnte sich der Zeitraum zwischen Entlassung und Befragung auf 25-36 Monate aus und in 5.4% sogar auf 37-48 Monate (vgl. Tabelle 3). Bei den Studien aus der Meta-Analyse von Süss (1995) fand die Nachbefragung durchschnittlich 14.0 Monate (SD=8.0) nach Entlassung statt. Damit ist der Parameter mit demjenigen dieser Arbeit vergleichbar (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Vergleich der Studienmittelwerte**

Variable	Durchschnitt vorliegende Arbeit	Durchschnitt Studie Sieber et al., 2004	Durchschnitt Studie Küfner et al., 1986
Stichprobe total	502 Personen	1303 Personen	1410 Personen
Stichprobe Katamnese	373 Personen	669 Personen	1118 Personen
Ausschöpfungsquote	72.8%	53.0%	81.0%
Katamnesedauer	16.5 Monate	26.8 Monate	18.0 Monate

## Soziodemographische Daten

**Alter bei Eintritt:** Altersangaben sind nur in 69.6% der Studien aufzufinden. Bei Therapiebeginn waren die Personen durchschnittlich 40.0 Jahre alt (SD=8.6). Eine Häufung des durchschnittlichen Eintrittsalters liegt zwischen dem 41. und 50. Lebensjahr (39.3%). In 3 Programmen konzentrierten sich die Autoren auf jugendliche Patienten mit einem Durchschnittsalter unter 30 Jahren. Eine Studie beschäftigt sich mit dem nachklinischen Trinkverhalten von Personen mit einem Durchschnittsalter von 70 Jahren (vgl. Tabelle 5). Eine ähnliche Altersverteilung liegt

in der Katamnese der Forel-Klinik und der 'VRD-Studie' vor. Während sich die Patienten der Forel-Klinik mit durchschnittlich 44.3 Jahren in stationäre Behandlung begaben, beträgt das Eintrittsalter der in der 'VDR-Studie' erfassten Patienten 39.0 Jahre (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 5: Altersverteilung über die 56 Studien bei Eintritt in die Kliniken**

Altersverteilung	Anzahl (N)	Anteil in %
<30 Jahre	3	5.4%
31-40 Jahre	13	23.2%
41-50 Jahre	22	39.3%
>51 Jahre	1	1.8%
Missing	17	30.4%
Total	56	100.0%

**Geschlecht:** In 43 Studien (76.8%) bestanden die zu untersuchenden Populationen aus weiblichen und männlichen Patienten. Ausschliesslich Männer wurden in 9 Programmen behandelt (16.1%). 4 Kliniken (7.1%) berücksichtigten nur weibliche Probanden. Ueber alle 56 Studien ergibt sich ein durchschnittlicher weiblicher Anteil von 29.4% (SD=25.0) an der Stichprobe (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Geschlecht und Therapieprogramm über die 56 Studien**

Patientengruppen	Anzahl (N)	Anteil in %
Männlich	9	16.1%
Weiblich	4	7.1%
Gemischt	43	76.8%
Total	56	100.0%

Diese Untervertretung der Frauen liegt in der Norm, da in vergleichbaren Studien ähnliche Zusammensetzungen existieren. In der Katamnese der Forel-Klinik beträgt der Anteil weiblicher Patienten 20.9%. Die 'VDR-Studie' weist einen Anteil von 27.0% weiblicher Patienten auf (vgl. Tabelle 7).

**Zivilstand:** Der grösste Anteil der Probanden war zum Zeitpunkt des Klinikeintrittes verheiratet oder lebte in einer eheähnlichen Gemeinschaft (43.9%; SD=15.2). Der prozentuale Anteil der alleine Lebenden bei Aufnahme machte 23.8% aus (SD=9.8). Als getrennt vom Partner lebend oder geschieden bezeichneten sich 27.5% (SD=13.4). Der Prozentsatz der Verwitweten beträgt 3.7% (SD=7.7) (vgl. Tabelle 7). Aehnlich gestalten sich die Zusammensetzungen des Zivilstandes in den beiden Studien von Sieber et al. (2004) und Küfner et al. (1986) (47.5% bzw. 54.7% Verheiratete, 22.9% bzw. 24.3% alleine Lebende, 26.0% bzw. 18.7% vom Ehepartner Getrennte oder Geschiedene und 2.1% bzw. 2.2% Verwitwete) (vgl. Tabelle 7).

**Beschäftigungsgrad:** Angaben in Bezug auf den Beschäftigungsgrad der Probanden sind in den Katamnesen selten aufgelistet. Als verlässlichster Parameter in diesem Bereich gilt die Arbeitslosenrate. Selbst diese Quote wurde nur in der Hälfte der Studien angegeben. Die Zahl der Arbeitslosen beträgt durchschnittlich

26.0% (SD=20) (vgl. Tabelle 7). Die Studie aus der Forel-Klinik weist einen geringeren Anteil Arbeitsloser von 9.4% auf, in der Stichprobe der 'VDR-Studie' hatten 23.0% keine Arbeit (vgl. Tabelle 7).

**Obdachlose:** Noch dürttigere Datensätze sind in Bezug auf die Wohnsituationen der Probanden vor Klinikeintritt in den Studien anzutreffen. Nur in 4 Katamnesen (3 aus Deutschland und 1 aus den USA) wurde auf die Zahl der Obdachlosen eingegangen. Es ergibt sich in diesen vier Programmen ein Durchschnitt von 7.5% (SD=1.0) an Personen, die keinen festen Wohnsitz hatten (vgl. Tabelle 7).

**Tabelle 7: Vergleich soziodemographischer Daten bei Klinikeintritt**

Variable	N Studien	Durchschnitt vor- liegende Studie	Durchschnitt Studie Sieber et al., 2004	Durchschnitt Studie Küfner et al., 1986
Alter	39	40.0 Jahre	44.3 Jahre	39.0 Jahre
Weibliche Patienten	56	29.4%	20.9%	27.0%
Verheiratete	24	43.9%	47.5%	54.7%
Ledige	24	23.8%	22.9%	24.3%
Getrennte/Geschiedene	24	27.5%	26.0%	18.7%
Verwitwete	24	3.7%	2.1%	2.2%
Arbeitslose	28	26.0%	9.4%	23.0%
Obdachlose	4	7.5%	0.0%	2.8%

Die soziodemographischen Merkmale der in der vorliegenden Studie analysierten Patienten sind in fast allen Bereichen sowohl mit denjenigen aus der Forel-Klinik als auch mit der Patientenpopulation der 'VDR-Studie' vergleichbar. Eine Ausnahme besteht darin, dass die Patienten in der Forel-Klinik eine relativ geringe Arbeitslosen- und Obdachlosenquote aufweisen. Ausserdem ist der Prozentsatz an Obdachlosen mit 7.5% in der vorliegenden Studie hoch.

## Suchtgeschichte

**Diagnosemanual:** Voraussetzung für die Aufnahme der Studien in den Datenpool stellte das Vorhandensein der Alkoholabhängigkeit bei den Patienten dar. Hinweise auf das zur Diagnosestellung verwendete Manual existieren nur in 15 Untersuchungen (26.8%).

**Tabelle 8: Häufigkeit der Anwendung der Diagnosemanuals**

Diagnosemanual	Anzahl (N)	Anteil in %
ICD-9	2	3.6%
ICD-10	7	12.5%
DSM-III	0	0.0%
DSM-III-R	6	10.7%
Missing	41	73.2%
Total	56	100.0%

Am häufigsten wurde mit dem Klassifikationssystem ICD-10 gearbeitet (12.5%). Mit dem älteren Modell, dem ICD-9, stellten die Fachleute in 3.6% die Diagnose. In 6



Fällen (10.7%) wurde zur Diagnosestellung das im englischsprachigen Raum oft verwendete Manual DSM-III-R herangezogen (vgl. Tabelle 8).

**Polytoxikomanie:** Als polytoxikoman gelten Patienten, die neben der Alkoholabhängigkeit entweder von einem weiteren Rauschmittel abhängig sind oder es zumindest regelmässig und/oder in hohen Dosen konsumieren. Die Definition bezüglich der Polytoxikomanie geht in den Studien auseinander. Bei allen berücksichtigten Untersuchungen steht die Alkoholabhängigkeit eindeutig im Vordergrund. In der vorliegenden Arbeit wurde das Spektrum der zu erfassenden Rauschmittel - neben Alkohol - auf Medikamente und illegale Drogen beschränkt. In 21 Katamnesen (37.5%) wird auf die Mehrfachabhängigkeit eingegangen. Im Durchschnitt gab rund ein Fünftel (20.6%) der Probanden ( $SD=13.1$ ) an, neben dem Alkoholproblem mit einem weiteren Suchtproblem zu kämpfen. Meist bezog sich dieses auf Medikamente (v.a. Schmerzmittel, Schlafmittel und Beruhigungsmittel). In der Studie der Forel-Klinik können 37.4% Alkoholabhängige mit Drogen- und/oder Tablettenkonsum verzeichnet werden. Die Quote der Polytoxikomanen in der 'VDR-Studie' ist mit derjenigen aus dieser Arbeit praktisch identisch (20.0% Mehrfachabhängige) (vgl. Tabelle 9).

**Abhängigkeitsdauer:** Um die Dauer der durchschnittlichen Abhängigkeit vor Klinikeintritt festzuhalten, gelten die durchschnittliche, die minimale und maximale Alkoholabhängigkeit als Parameter. Am aussagekräftigsten ist das Mass der durchschnittlichen Abhängigkeit, da es in 19 Untersuchungen (33.9%) berücksichtigt wurde. Die durchschnittliche Alkoholabhängigkeit der Patienten vor Klinikeintritt über alle 19 Studien beträgt 10.2 Jahre ( $SD=3.6$ ) (vgl. Tabelle 9).

**Alkoholmenge:** Ein weiterer Wert, der die Stärke des Abhängigkeitsproblems widerspiegelt, wird durch die vor dem Therapiebeginn durchschnittlich konsumierte Menge von reinem Alkohol in Gramm pro Tag dargestellt. Dieses Kriterium wird in 13 Untersuchungen (21.4%) berücksichtigt. Ermittelt wird ein Durchschnittswert von 197.1 g reinen Alkohols/Tag ( $SD=62.6$ ). Der tägliche Konsum vor Eintritt in die Behandlung in der Forel-Klinik ist bei einer angegebenen Menge von 170.0 g/Tag mit dem durchschnittlichen Konsum in der 'VDR-Studie' (175.0 g/Tag) vergleichbar (vgl. Tabelle 9).

**Vorbehandlungen:** Mindestens einmal ambulante Hilfe haben 45.1% ( $SD=24.4$ ) der ehemaligen Patienten nach Angaben der Befragten in Anspruch genommen. 41.9% verneinten eine ambulante Vorbehandlung ( $SD=31.6$ ). Erfahrung bezüglich stationärer Vorbehandlung brachten ein grosser Teil der Patienten mit. 33.5% ( $SD=25.8$ ) gaben an einmal, 27.0% ( $SD=20.0$ ) zweimal oder mehrere Male ein stationäres Entwöhnungsprogramm durchlaufen zu sein. Einen Entzug machten 38.8% der Patienten ( $SD=19.4$ ). In der Forel-Klinik gaben 44.9% der Patienten bei Eintritt an, eine stationäre Vorbehandlung durchlaufen zu sein, während 32.3% mindestens 2 stationäre Entwöhnungsbehandlungen hinter sich hatten (vgl. Tabelle 9). Angaben zur Behandlungsvorgeschichte sind durchschnittlich nur in 22.4% der Studien anzutreffen.

**Gamma-Trinker:** Alpha- und Beta-Trinker sind in einer stationären Entwöhnungsbehandlung kaum anzutreffen. Die Population der 6 Katamnesen, welche die Art des 'Trinktypus' einbezogen, besteht aus 56.2% Gamma-Trinkern. 23.2% der ehemaligen Patienten in der Forel-Klinik können den Gamma-Trinkern zugeordnet werden. In der 'VDR-Studie' beträgt der Anteil der Gamma-Trinker 67.0% (vgl. Tabelle 9).

**Tabelle 9: Uebersicht der suchtspezifischen anamnestischen Daten**

Variable	N	Durchschnitt vorliegende Studie	Durchschnitt Studie Sieber et al., 2004	Durchschnitt Studie Küfner et al., 1986
<b>Polytoxikomanie</b>	21	20.6%	37.4% <sup>1</sup>	20.0%
<b>Alkoholabhängigkeit in J.</b>	19	10.2 Jahre	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Alkoholkonsum in g/Tag</b>	13	197.1 g/Tag	170.0 g/Tag	175.0 g/Tag
<b>Ambulante Vorbehandlung</b>	18	45.1%	74% (N=669)	71.5%
<b>1 stationäre Vorbehandlung</b>	20	33.5%	44.9% (N=584)	52.0%
<b>Mind. 2 stationäre Vorbehandlungen</b>	9	27.0%	32.3% (N=584)	Keine Angaben
<b>1 Entzug</b>	7	38.8%	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Gamma-Alkoholiker</b>	6	56.2%	23.2%	67.0%

<sup>1</sup> Es handelt sich um Alkoholabhängige mit Drogen- und/oder Medikamentenkonsum

## Behandlungsmerkmale

Der durchschnittliche Wert der in stationärer Therapie verbrachten Zeit beträgt 60.7 Tage (SD=53.1). Zwischen den Ländern existieren erhebliche Unterschiede: Während die meisten Schweizer Studien den Durchschnittswert mit 102.0 Tagen (SD=81.9) deutlich in die Höhe treiben, drücken die Katamnesen aus den USA mit einem durchschnittlichen Klinikaufenthalt von 25.6 Tage (SD=6.2) diesen nach unten. Die in deutschen Kliniken verbrachte Zeit kommt dem Durchschnittswert über die gesamte Population am nächsten (69.2 Tage; SD=39.0). In der Forel-Klinik blieben die Patienten durchschnittlich 93.8 Tage in stationärer Behandlung, in der 'VDR-Studie' beträgt der Durchschnittswert 110.0 Tage (vgl. Tabelle 10). Süss (1995) ermittelte eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 111.3 Tagen und stellte dabei fest, dass die Aufenthaltsdauer seiner Studien in Deutschland fast viermal so lang ist, wie diejenige in den anderen Ländern (USA, Kanada, Finnland).

**Therapieabbrüche:** 9.9% der Patienten (SD=11.0), die sich auf eine stationäre Therapie einliessen, brachen diese vorzeitig ab. In der Studie der Forel-Klinik brachen 10.0% die Therapie vorzeitig ab. Höher liegt die Rate der Therapieabbrecher mit 17.0% in der 'VDR-Studie' (vgl. Tabelle 10).

**Mortalitätsrate:** Die durchschnittliche Mortalitätsrate über alle 56 Studien beläuft sich nach einer Beobachtungszeit von 16.5 Monaten auf 3.6% (SD=3.5). In der Forel-Klinik waren nach der längeren Katamnesezeit von 26.8 Monaten 5.0% verstorben. 2.6% Verstorbene mussten die Autoren in der 'VDR-Studie' bei der 18-Monats-Katamnese verzeichnen (vgl. Tabelle 10).

**Tabelle 10: Behandlungsmerkmale**

Variable	Durchschnitt vor- liegende Arbeit		Durchschnitt Studie Sieber et al., 2004	Durchschnitt Studie Küfner et al., 1986
	N			
Therapiedauer	42	60.7 T.	93.8 T.	110.0 T.
Mortalitätsrate	20	3.6%	5.0%	2.6%
Abbruchrate	37	9.9%	10.0%	17.0%

**Therapie:** Unter psychologischer Therapie bei Alkoholabhängigen ist im allgemeinen Breitbandtherapie zu verstehen. Wirksamkeitswerte für spezifische Treatments sind kaum bestimmbar und wenig sinnvoll. Aufgrund dieser Erkenntnis und der geringen Zahl verwertbarer Ergebnisse werden die Therapiemethoden nur in vier grobe Gruppen unterteilt (vgl. 2.4.2.). Die meisten Programme der vorliegenden Arbeit richten sich nach der eklektischen Breitbandtherapie aus (26.8%). In der Meta-Analyse von Süss (1995) dominierte die eklektische Form mit 58.3% ebenfalls. In 17.1% der Studien (22.2% bei der Meta-Analyse von Süss) wurde die Wirksamkeit der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie getestet (vgl. Tabelle 11).

**Tabelle 11: Anteil der eklektischen und der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie**

Therapiekonzept	N	%-Vertretung in dieser Studie	%-Vertretung bei Süss 95
Eklektische Standardtherapie	15	26.8%	58.3%
Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie	10	17.1%	22.2%

### 2.3.2. Katamnesen aus der Schweiz

Die Katamneseforschung bei Alkoholabhängigen in stationärer Behandlung wurde in der Schweiz lange als 'Stiefkind' behandelt. In der Forel-Klinik, der traditionsreichsten Behandlungsstätte, entstanden seit der Gründung von 1888 bis 1991 zehn Katamne-

**Tabelle 12: Berücksichtigte Katamnesen aus der Schweiz**

Autor/Jahr	Behandlungsdauer <sup>1</sup> in Tagen	Katamnesedauer <sup>1</sup> in Monaten
Sieber, M. et al. (2004) umfasst folgende Studien: 1. Deinlein, W. (1998) 2. Christoffel, U. (1997) 3. Schiess, U. (1994) 4. Baumann, E. (1993)	94	27
Oberhauser, K. et al. (1998)	107	12
Grether, P. et al. (1995)	21	12
Maffli, E. et al. (1993)	46	30
Stettler, Ch. (1993)	120	12
Fäh, M. et al. (1991)	120	6
Bühler, D. et al. (1980)	270	18

<sup>1</sup> Angaben von Behandlungs- und Katamnesedauer sind auf ganze Zahlen gerundet.

sen. In anderen Schweizer Institutionen existierten bis in die 80-er Jahre praktisch keine Katamnesen (vgl. Sieber et al., 1996). Im Rahmen der Katamneserecherche (näheres zur Literaturrecherche und Auswahlverfahren vgl. Pkt. 2.2.) in der Schweiz konnten bis zum Stichtag (1.7.2002) 7 Untersuchungen ausfindig gemacht werden, wobei die Katamnese der Forel-Klinik (Sieber et al., 2004) aus 4 Untersuchungen der Forel-Klinik besteht. Diese 4 Einheiten wurden in der von Sieber et al. (2004) gross-angelegten Katamnese zusammengefasst und mit weiteren Daten ergänzt (vgl. Tabelle 12).

### 2.3.3. Katamnesen aus Deutschland

In Deutschland liegt ein fundierter Erfahrungs- und Wissensbestand im Bereich der Katamnesen von stationär behandelten Alkoholkranken vor. In die Datenrecherche einbezogen wurden alle Katamnesen im Bereich der Wirksamkeit von stationären

**Tabelle 13: Berücksichtigte Studien aus Deutschland**

Autor/Jahr	Behandlungsdauer in Tagen	Katamnesedauer in Monaten
Olbrich, R. (2001)	21	12
Quinten, C. et al. (2001)	100	6
Zemelin, U. et al. (1999)	109	12
Bock, U. (1997)	90	8
Stetter, F. et al. (1997)	21	8
Funke, W. et al. (1995)	Keine Angaben	12
Holz, H. et al. (1995)	Keine Angaben	12
Veltrup, C. (1995)	21	12
Mann, K. et al. (1994)	Keine Angaben	24
Fichter, M. et al. (1992)	42 stationär, 42 ambulant	18
Kern, E. et al. (1990)	SP1: 56, SP2: 180	12
Feuerlein, W. et al. (1989) <sup>1</sup>	56-180	18
Jung, U. et al. (1989)	119	48
Süss, HM. (1988) <sup>2</sup>	56-182	6
Klein, M. (1987)	71	12
Missel, P. et al. (1987) <sup>2</sup>	s. Süss (1988)	6
Küfner, H. et al. (1986) <sup>1</sup>	s. Feuerlein (1989)	18
Scheller, R. et al. (1986)	39	12
Waldow, M. et al. (1986)	Keine Angaben	18
Watzl, H. et al. (1984)	90	18
Falk, M. (1983)	42 stationär, 140 ambulant	30
Krampen, G. et al. (1983)	42	12
Lask, K. et al. (1983)	180	24
Fichter, M. et al. (1982)	42	6
Huhn, A. (1982)	120	36
Koester, W. et al. (1981)	Keine Angaben	12
Bremer, G. et al. (1980)	135	12
Fleischhacker, W. et al. (1980)	Keine Angaben	24
Keller, W. et al. (1980)	49	30

1 Bei den Katamnesen von Feuerlein et al. (1989) und Küfner et al. (1986) beziehen sich die Autoren auf dieselbe Patientenpopulation.

2 Dasselbe trifft auf die Studien von Süss (1988) und Missel et al. (1987) zu. Diese Studien bilden jeweils einen Datensatz.

Alkoholismustherapien im Raum Deutschland und Oesterreich (vgl. zur Literaturrecherche und Auswahlverfahren Pkt. 2.2). Bis zum Stichtag (1.7. 2002) wurden 27 Katamnesen eruiert. Aus Oesterreich konnten im Rahmen der Datenrecherche nur 2 Beiträge ausfindig gemacht werden. Die beiden Oesterreichischen Studien konnten nicht einbezogen werden, da die Befragung der Klienten mehr als 4 Jahre nach der Behandlung stattfand. Aus dem Zeitraum 1990-2002 stammen 43% der Katamnesen. Bereits in den 80-er Jahren wurde in Deutschland das Kosten sparende und dennoch Erfolg versprechende sogenannte 'kombinierte Modell' angeboten, welches aus einer kurzen stationären Intervention und einer längeren ambulanten Nachsorge besteht (vgl. Tabelle 13).

#### 2.3.4. Katamnesen aus dem Angloamerikanischen Raum

In den USA ist die Untersuchung von Langzeitverläufen bei stationär therapierten Alkoholabhängigen keine neue Forschungsperspektive. Emrick (1974) stellte wie erwähnt die 'Ein-Drittel-Faustregel' auf. Es existiert eine stattliche Anzahl von Langzeitstudien. Nebst der generellen Wirksamkeit der Alkoholismustherapie interessiert die differentielle Wirksamkeit. Die durchschnittliche Behandlungsdauer in einer amerikanischen Institution liegt deutlich unter dem stationären Behandlungszeitraum im deutschsprachigen Europa. Insgesamt konnten 22 Studien erfasst werden; nur 3 davon stammen aus Grossbritannien. Erfreulicherweise sind mehr als

**Tabelle 14: Berücksichtigte Studien aus Angloamerika**

Autor/Jahr	Behandlungsdauer in Tagen	Katamnesedauer in Monaten
Finney, JW. et al. (2001)	25	12
Latimer, WW. et al. (2001)	30	12
Blow, FC. et al. (2000)	20	6
Brown, SA. et al. (2000)	35	12
Maisto, SA. et al. (2000)	Keine Angaben	12
Curan, GM. et al. (1999)	21	12
Ouimette, PC. et al. (1999)	Keine Angaben	12
Long, CG. et al. (1998)	14 stationär, 14 ambulant	12
Smith, JW. et al. (1997) <sup>1</sup>	10 stationäre Einführung	12
Brown, SA. et al. (1995)	28	12
Beasley, JD. et al. (1991)	19	12
Gordon, AJ. et al. (1991)	28	12
Ito, RJ. et al. (1990)	28	6
Keso, L. et al. (1990)	28	10
Shaw, GK. et al. (1990)	28	12
Smith, JW. et al. (1990) <sup>1</sup>	10 stationäre Einführung	12
Barbor, TF. et al. (1989)	Keine Angaben	12
Fink, EB. et al. (1985)	Keine Angaben	24
Wiens, AN. et al. (1983)	14 stationär, 360 ambulant	36
Lyons, JP. et al. (1982)	Keine Angaben	8
Moberg, DP. et al. (1982)	30	9
Pettinati, HM. et al. (1982)	28	48
Olson, RP. et al. (1981)	33	48

<sup>1</sup> Bei den Katamnesen von Smith (1997) und Smith (1990) handelt es sich um denselben Datensatz.

zwei Drittel der Katamnesen (70%) im letzten Jahrzehnt (1990-2002) erhoben worden (vgl. Tabelle 14).

### **2.3.5. Ueberblick der wichtigsten Merkmale der Schweizer, Deutschen und Angloamerikanischen Studien**

Die wichtigsten Daten der Katamnesen aus den drei Ländern bezüglich Studienmerkmale, Soziodemographie, Suchtgeschichte und Therapiemassnahmen werden in Tabelle 15 aufgelistet.

**Stichprobenwerte und soziodemographische Merkmale:** Bezüglich dieser Kategorie unterscheiden sich die Katamnesen in der durchschnittlichen Grösse der Ausgangsstichprobe. Während die Stichproben in Deutschland mit 562, in den USA mit 495 als gross zu bezeichnen sind, umfasst eine Schweizer Ausgangsstichprobe im Durchschnitt 297 Personen. Die durchschnittliche Ausschöpfungsquote beträgt in der Schweiz 62.4%, in Deutschland 70.3% und in Angloamerika hohe 80.1%. Die ehemaligen Schweizer Patienten waren mit 32.3% am häufigsten von der Arbeitslosigkeit betroffen, gefolgt von den Angloamerikanischen mit 27.8% und den Deutschen mit 24.0%. Die restlichen Parameter wie Zivilstand, Alter, Katamnese-dauer und Anteil weiblicher Patienten unterscheiden sich kaum.

**Suchtspezifische anamnestische Merkmale der Studien der drei Länder:** Als mehrfachabhängig gelten in Angloamerika 31.2%, in Deutschland 17.1%. In der Schweiz wurde in einer Studie die Rate von Alkoholabhängigen mit Konsum von Drogen und/oder Medikamenten mit 37.4% angegeben. Den höchsten Konsum reinen Alkohols pro Tag verzeichnen die ehemaligen Angloamerikanischen Patienten mit 213.5 g. Durchschnittlich 195.4 g konsumierten die Deutschen Patienten vor Behandlungsbeginn. Der durchschnittliche Konsum der Schweizer Patienten beträgt 170.0 g. An eine ambulante Institution wandten sich vor Behandlungseintritt in der Schweiz 74.0%, in Angloamerika 46.0% und in Deutschland 38.9%. 53.0% der Angloamerikanischen Patienten durchliefen vor Behandlungsbeginn eine stationäre Behandlung, in der Schweiz hatten vor Behandlungseintritt 45.3% und in Deutschland 22.4% schon einmal eine stationäre Therapie durchlaufen. Zwei oder mehr stationäre Therapien hatten in der Schweiz 32.3%, in Deutschland 27.4% und in den USA 18.0% vor Behandlungsbeginn hinter sich.

**Behandlungsmerkmale:** Die durchschnittliche Behandlungsdauer einer Schweizer Therapie entspricht mit 102.0 Tagen einer langfristigen Therapie. Sehr kurze stationäre Interventionen von 25.6 Tagen sind in den USA anzutreffen, während in Deutschland die Patienten während durchschnittlich 69.2 Tagen in stationärer Behandlung verweilten. Erfreulich niedrig ist die Mortalitätsrate bei der Katamnesebefragung in der Schweiz (1.3%), in Deutschland waren zu diesem Zeitpunkt 4.3%, in den USA 3.6% verstorben. Therapieabbrüche sind mit 16.3% am häufigsten in den Schweizer Katamnesen zu finden. Aehnlich viele Patienten brachen in Deutschen Kliniken die Behandlung ab (14.4%), während in Angloamerika

nur 2.8% die Klinik vorzeitig verliessen, was in Anbetracht der kurzen Verweildauer verständlich ist.

**Tabelle 15: Merkmale der Katamnesen aus der Schweiz, Deutschland und Angloamerika**

Merkmal	Durchschnitt Schweizer Studien (N=7)		Durchschnitt Deutsche Studien (N=27)		Durchschnitt Anglo-amerikanische Studien (N=22)	
	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
<b>Stichprobe total</b>	7	297 Personen	27	562 Personen	22	495 Personen
<b>Stichprobe Katamnese</b>	7	165 Personen	27	397 Personen	22	414 Personen
<b>Ausschöpfungsquote</b>	7	62.4%	26	70.3%	19	80.1%
<b>Katamnesedauer</b>	7	16.6 Monate	27	16.8 Monate	22	16.0 Monate
<b>Alter</b>	5	38.2 Jahre	16	39.9 Jahre	18	40.7 Jahre
<b>Weiblicher Anteil</b>	6	41.2%	26	26.1%	21	30.1 %
<b>Verheiratet</b>	5	40.2%	9	44.9%	10	47.5%
<b>Ledig</b>	5	30.0%	9	24.7%	10	19.9%
<b>Getrennt Lebend</b>	5	27.2%	9	28.3%	10	26.9%
<b>Verwitwet</b>	5	2.6%	9	2.1%	10	5.7%
<b>Anteil Arbeitsloser</b>	3	32.3%	17	24.0%	8	27.8%
<b>Anteil Obdachloser</b>	0	-----	3	7.0%	1	9.0%
<b>Mehrfachabhängige</b>	1	37.4% <sup>1</sup>	14	17.1%	5	31.2%
<b>Abhängigkeit in J.</b>	1	8.0 Jahre	10	9.0 Jahre	8	12.0 Jahre
<b>Alkoholkonsum/Tag</b>	1	170.0 g	8	195.4 g	4	213.5 g
<b>Ambulante Behandlung</b>	1	74.0%	11	38.9%	5	46.0%
<b>1 Behandlung stationär</b>	3	45.3%	12	22.4%	5	53.0%
<b>2 Behandlungen stationär</b>	1	32.3%	7	27.4%	1	18.0%
<b>Behandlungsdauer</b>	7	102.0 Tage	19	69.2 Tage	16	25.6 Tage
<b>Mortalitätsrate</b>	3	1.3%	10	4.3%	7	3.6%
<b>Therapieabbrecher</b>	4	16.3%	18	14.4%	15	2.8%

<sup>1</sup> Es handelt sich dabei um Alkoholabhängige mit Drogen- und/oder Medikamentenkonsum

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass sich die Studienmerkmale aus den 3 Ländern hinsichtlich der Ausschöpfungsquote unterscheiden. Während in Angloamerika die höchste Quote existiert, konnten in der Schweiz am wenigsten ehemalige Patienten katamnestisch erfasst werden. Im soziodemographischen Bereich fällt die höhere Arbeitslosenquote in der Schweiz auf. Die günstigsten suchtspezifischen anamnestischen Daten findet man in Deutschen Studien. Grosse Unterschiede werden hinsichtlich der Behandlungsmerkmale bei der Behandlungsdauer beobachtet. In der Schweiz wird die geringste Mortalitätsrate verzeichnet.

### **2.3.6. Katamnese aus der Forel-Klinik und die 'VDR-Studie'**

In der 'VDR-Studie' (vgl. Küfner et al., 1986) werden drei verschiedene Therapielängen angeboten. Die durchschnittlich in der Klinik verbrachte Zeit beträgt 110.0 Tage und ist mit der durchschnittlichen Behandlungsdauer der Forel-Klinik von 93.8 Tagen gut vergleichbar. Der Katamnesezeitraum von 26.8 Monaten in der Studie von Sieber et al. (2004) übertrifft die durchschnittliche Katamnesedauer von 18.0 Monaten in der 'VDR-Studie' deutlich (vgl. Tabelle 16).

**Tabelle 16: Katamnese aus der Forel-Klinik und die 'VDR-Studie'**

Autor/Jahr	Behandlungsdauer in Tagen	Katamnesezeitraum in Monaten
Sieber et al. (2004)	94 Tage	27
Küfner et al. (1986)	Kurzzeittherapie: 56 Mittelfristige Therapie: 135 Langzeittherapie: 180	18

## 2.4 Erfolgskriterien

Als erstes Erfolgskriterium für das Trinkverhalten wurde die 'dauerhafte Abstinenz im gesamten Katamnesezeitraum' festgesetzt. Die Abstinenzraten erlauben als eindeutig operationalisierbares Kriterium direkte Vergleiche zwischen den Ergebnissen der Untersuchungen. Das zweite Erfolgskriterium wird als 'erhebliche Besserung im gesamten Katamnesezeitraum' definiert. Da das Mass der Abstinenz sehr streng ist und auch einen einmaligen Rückfall als Misserfolg einstuft, wird daneben das Kriterium der 'Besserung' berücksichtigt. Problematisch erweisen sich die unterschiedlichen Definitionen der Kategorie der 'Gebesserten'. In dieser Untersuchung werden wie bei Süss (1995) die Definitionen der jeweiligen Autoren übernommen. Dieser Form zugeordnet werden z.B. die 'kontrolliert Trinkenden'. Neben dem Trinkverhalten stellt das nachklinische Sozialverhalten eine wichtige Grösse dar; Patienten, die nach dem stationären Aufenthalt zwar mässig trinken, jedoch starke soziale Verbesserungen erreichen konnten, werden oft den 'Gebesserten' zugeteilt. Ebenso gliedern viele Autoren das Trinkverhalten von Personen, welche ein bis zwei Rückfälle erlitten, ohne jedoch ins Rauschtrinken zu verfallen, in diese Kategorie ein.

### Abstinenz- und Besserungsraten nach den Modi F1-F4

Die nachklinischen Erfolgswerte des Trinkverhaltens werden in dieser Arbeit nach den Vorschriften der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie DGSS (1985, S. 18) gemäss den vier Formen F1-F4 differenziert betrachtet.

Folgende vier Formen werden unterschieden:

- F1: Erfolgswerte für alle planmässig entlassenen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen.
- F2: Erfolgswerte für alle planmässig entlassenen Patienten; die nicht-erreichten werden als rückfällig eingestuft.
- F3: Erfolgswerte für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen.
- F4: Erfolgswerte für alle planmässig und irregulär entlassenen Patienten; die nicht-erreichten werden als rückfällig eingestuft.

Als 'progressiv' gelten die Berechnungsformen F1 und F3, da diese sich auf die wirklich erreichten Personen beziehen. Naturgemäss ergeben sich bei den Untersuchungen mit den strengeren Kriterien F2 und F4 niedrigere Abstinenz- und Besserungswerte. In die Stichproben mit 'pessimistisch-konservativen' Auswertungskon-



zepten F2 und F4 werden alle Personen einbezogen, auch diejenigen, welche bei der Nachuntersuchung nicht erreicht werden konnten. Sämtliche nicht erreichbaren, ehemaligen Patienten werden dabei der Kategorie der 'Rückfälligen' zugeordnet. Es liegt in der Natur der Sache, dass bei Anwendung der Formen F1 und F3 bessere Werte erzielt werden. Die Kategorien F1 und F2 umfassen jene Patienten, welche ihre Therapie planmässig abgeschlossen haben, während bei den Modi F3 und F4 alle ehemaligen Patienten, von denen Informationen vorliegen, in die Stichprobe eingeschlossen werden.

## **2.5. Unabhängige Variablen**

Bei der Auswertung soll der Einfluss verschiedener unabhängiger Variablen wie Länder, Geschlecht, Katamnese u.a. auf die Erfolgsindikatoren untersucht werden.

### **Ländervergleich**

Die Abstinenz- und Besserungsraten der drei Länder Schweiz, Deutschland und Angloamerika werden einander gegenübergestellt. Da die Erfolgsraten der Forel-Klinik im nationalen und internationalen Vergleich im Mittelpunkt stehen, werden die in der Forel-Klinik ermittelten Abstinenz- und Besserungsraten mit denen der drei Länder und der 'VDR-Studie' verglichen.

### **Geschlecht**

Erfolgsraten aus Stichproben, welche nur aus Frauen bestehen, werden mit den erreichten Erfolgswerten von Stichproben, welche nur Männer berücksichtigen, verglichen. Daneben existieren Katamnesen, bei denen die weiblichen und männlichen Abstinenz- und Besserungsraten getrennt ermittelt werden. Die aus diesen Studien gewonnenen weiblichen und männlichen Erfolgsraten werden einander gegenübergestellt.

### **Katamnesedauer**

Bei der Ueberprüfung, ob die Abstinenz- und Besserungsraten der 56 Studien mit Zunahme der Katamnesezeit sinken, werden vier Kategorien gebildet. Ueblicherweise wird die Einteilung der Katamnesezeiträume in Kurzzeitkatamnesen, mittelfristige und langfristige Katamnesen vorgenommen. Um differenziertere Aussagen machen zu können, werden an dieser Stelle 4 Kategorien der durchschnittlichen Beobachtungsdauer geschaffen:

1. Zur Kategorie der Kurzzeitkatamnesen werden Untersuchungszeiträume zwischen 6 und 12 Monaten gezählt.
2. Die mittelfristige Katamnese umfasst die Erhebungen, welche 13-24 Monate nach Entlassung gemacht wurden.
3. In der Langzeitkatamnese I beobachteten die Autoren ihre Patienten über einen Zeitraum von 25-36 Monaten.
4. Daneben wird die Kategorie der längeren Beobachtungszeiten von 37-48 Monaten geschaffen (Langzeitkatamnese II).

## **Behandlungsdauer**

Zur Prüfung einer möglichen Abhängigkeit der Erfolgsraten von der Behandlungsdauer werden die Abstinenz- und Besserungsraten der Studien in 4 Kategorien eingeteilt und einander gegenübergestellt:

1. Die sehr kurze Behandlungskategorie umfasst Patienten, welche zwischen 1-30 Tagen in stationärer Behandlung blieben.
2. Bei einer längeren Therapiedauer werden die Patienten zwischen 31 und 90 Tagen behandelt.
3. Längerfristige Therapien umfassen einen Zeitraum von 91-180 Tagen.
4. Von einer Langzeittherapie spricht man bei Behandlungsdauer von 181-365 Tagen.

## **Behandlungsart**

Unter psychologischer Therapie bei Alkoholabhängigen ist im allgemeinen die Breitbandtherapie zu verstehen. Wirksamkeitswerte für spezielle Treatments sind kaum bestimmbar und wenig sinnvoll. Aufgrund dieser Erkenntnis und der geringen Anzahl verwertbarer Ergebnisse werden die Therapiemethoden nur in vier grobe Gruppen eingeteilt (vgl. Süss, 1995).

### **1. Eklektische Therapie:**

Hier handelt es sich um Therapiekonzepte ohne spezifische Orientierung. Die therapeutischen Angebote umfassen (meist konfrontative) Gruppentherapie, Einzeltherapie, Gesprächstherapie allgemein, individuelle Beratung, Informationen über Alkohol und Alkoholismus, medizinische Behandlung von Folgeschäden, Adjuvanttherapie (Arbeits- und Sportprogramme). Als eklektische Breitbandtherapie werden die Konzepte nur betrachtet, wenn mindestens vier der Elemente angewandt wurden (vgl. Tabelle 17). Das eklektische Therapiekonzept entspricht den von Miller et al. (1986a) als therapeutischen Standard in der klinischen Praxis der USA beschriebenen Programmen. Für Entwöhnungsbehandlungen im deutschsprachigen Raum (vgl. Sieber et al., 2004 und Feuerlein et al., 1989) gilt diese Form als typisch.

### **2. Verhaltenstherapie**

Die Verhaltenstherapie umfasst folgende Therapieelemente: Kognitiv-behaviorale Techniken, 'Social-skill-Training', Desensibilisierung, Aversionstechniken, Entspannungsprogramme. Als verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie werden Behandlungskonzepte mit mindestens drei angewandten Elementen bezeichnet (vgl. Tabelle 18).

### **3. Therapie der Anonymen Alkoholiker**

Dieses Therapieprogramm orientiert sich an den Grundsätzen des Minnesota-Modells. Die Konzepte der einzelnen Kliniken variieren. Gemeinsam ist ihnen das Element der nachklinischen Besuche von Selbsthilfegruppen, welche nach Kriterien der Anonymen Alkoholikern geführt werden.

### **4. Kombiniertes Modell:**

Das Modell zeichnet sich aus durch eine kurze stationäre Intervention, verbunden mit einer meist längeren ambulanten Nachsorgephase. Dabei ist nicht die Therapie-

richtung Ausschlag gebend, sondern die Kombination aus stationären und ambulanten Elementen.

Weitere Therapieelemente wie die Transaktionsanalyse, die Analytische Therapie, etc. kamen vereinzelt vor und wurden unter der eklektischen Standardtherapie subsumiert (vgl. Süss, 1995). Es liegt in der Natur der Sache, dass die verschiedenen Elemente nicht vollständig getrennt werden können. Vielfach findet eine Verbindung aus verschiedenen Einzelteilen zu einer Breitbandtherapie statt.

**Tabelle 17: Eklektische Breitbandtherapie und ihre Elemente**

<b>Eklektische Therapie</b>
Gruppentherapie
Einzeltherapie
Gesprächstherapie allgemein
Information
Medizinische Beratung/Behandlung
Individuelle Beratung
Adjuvanttherapie
Paar- und Familientherapie

**Tabelle 18: Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie und ihre Elemente**

<b>Verhaltenstherapie</b>
Kognitive Therapie
Verhaltenstherapie
Aversionstherapie
Desensibilisierung
'Social-skill-Training'
Entspannungstechniken

## 2.6. Auswertung

Alle aufgenommenen Studien werden in einer Tabelle (vgl. Anhang) mit den Variablen Autor, Land, Jahrgang der Veröffentlichung, Ausschöpfungsquote, Katamnesedauer in Monaten, Behandlungsdauer in Tagen und Abstinenz- und Besserungsraten in den Modi F3 und F4 aufgelistet. Um die Berechnungen mit dem Statistikprogramm SPSS 4.0 (Schubö et al., 1991) durchführen zu können, mussten die einzelnen Grössen kodiert werden. Auf der Suche nach einem geeigneten Kodiersystem fiel die Wahl auf das Schema von Neumer (1993), das auch Süss (1995) in seiner Meta-Analyse verwendete. Es fand eine Anpassung an die untenstehenden Fragenkomplexe statt. Anschliessend wurden für die inhaltliche Auswertung Häufigkeitstabellen erstellt sowie die Mittelwerte der Abstinenz- und Besserungsraten in Abhängigkeit der verschiedenen Parameter (Land, Geschlecht, Katamnesedauer, Behandlungsdauer, Therapieart) bestimmt. Auf die Verwendung von Signifikanztests wird infolge der Heterogenität des Datenmaterials und der z.T. spärlichen Angaben verzichtet.

### 2.6.1. Kodierung der Studien

In folgenden Bereichen werden Informationen erhoben: (näheres s. Anhang)

- **Studienmerkmale:** Name des Autors, Jahrgang der Erhebung und Veröffentlichung der Studie, Erhebungsland (1=CH, 2=D, 3=USA und GB), Anzahl Versuchspersonen beim Eintritt, Anzahl nachuntersuchte Versuchspersonen, Ausschöpfungsquote, Publikationsform (1=Zeitschriftenartikel, 2=Buchkapitel, Dissertation), durchschnittliche Katamnesezeit in Monaten.
- **Soziodemographische Merkmale:** Alter, Geschlecht (1=männliche Stichprobe, 2=weibliche Stichprobe, 3=gemischte Stichprobe), Angaben zum Zivilstand (Prozentangaben jeweils zu 'verheiratet', 'ledig', 'geschieden oder getrennt lebend' und 'verwitwet'), Angaben zur Arbeits- und Wohnsituation (v.a. prozentuale Angaben zur Arbeitslosigkeit und Obdachlosigkeit).
- **Suchtgeschichte:** Mehrfachabhängigkeit (Prozentualer Anteil), Jahre der Abhängigkeit, Anzahl ambulanter Vorbehandlungen, Anzahl stationärer Entwöhnungsbehandlungen und Entziehungskuren, täglicher Alkoholkonsum in g/Tag vor Eintritt in Behandlung, Anteil der Gamma-Alkoholiker.
- **Behandlungsmerkmale:** Behandlungsdauer in Tagen, prozentualer Anteil der Therapieabbrecher, verschiedene Therapieformen mit Schwerpunkt auf: Eklektische und verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie und deren Bausteine, AA-orientierte Therapie, kombinierte Therapie. Bei den einzelnen Therapieformen wurde bei jeder Behandlungseinheit mit 1=ja oder 2=nein oder 3=unbekannt kodiert.
- **Suchtmittelverhalten nach Therapie:** Prozentuale Totalabstinenzrate über die gesamte Katamnesezeit in den Modi F1-F4, prozentuale Besserungsrate (Definition für 'Besserung' wurde von den Autoren übernommen) in den Modi F1-F4, Abbruchrate der Therapie, Mortalitätsrate bis zum Katamnesezeitpunkt.

Bei der Kodierung der einzelnen Arbeiten ergaben sich zum Teil Schwierigkeiten, da keine einheitlichen Angaben bei den Parametern vorhanden waren. Im Bereich des Zivilstandes geben z.B. manche Autoren den Zivilstand ihrer Probanden nicht vollständig weiter und erfassen nur die Verheirateten. Damit ist die Aussagekraft dezimiert. Soll zum Beispiel das nachklinische Trinkverhalten von Verheirateten versus Getrennten bzw. Geschiedenen betrachtet werden, kann die Analyse nicht durchgeführt werden. Im Falle der vorliegenden Untersuchung entstanden durch solche unvollständigen Angaben etliche, vermeidbare 'missings'.

Bei den anamnestischen Suchtdaten wenden die Autoren eine Vielfalt von Grössen an. Während der eine Autor die mittlere Abhängigkeit in Jahren angibt, wählt der nächste die durchschnittliche Menge konsumierten Alkohols in g/Tag vor Behandlungsbeginn. Auch in diesem Falle kann keine Auswertung vorgenommen werden. Eine Detail-Analyse des nachklinischen Trinkverhaltens von Schwerstsüchtigen und weniger stark Abhängigen wird auf diese Weise hinfällig.

### **3. Ergebnisse**

Die Ergebnisse der Wirksamkeit psychologisch fundierter stationärer Therapien werden im ersten Abschnitt im Rahmen der generellen Wirksamkeit gemäss den Modi F1-F4 dargestellt. Anschliessend werden die Abstinenz- und Besserungsraten der Katamnesen aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und Angloamerika einander gegenübergestellt. Um die Resultate der Studie aus der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) im nationalen und internationalen Vergleich besser einordnen zu können, folgt ein Vergleich der Erfolgsindikatoren mit den Erfolgsraten der übrigen Studien aus der Schweiz und aller Katamnesen aus Deutschland und den USA. Die Studie von Sieber et al. (2004) und die 'VDR-Studie' von Küfner et al. (1986) gelten als exemplarische Studien im deutschsprachigen Raum. Daher werden die ermittelten Erfolgsquoten aus den beiden Katamnesen betrachtet. In Bezug auf die geschlechtsspezifischen Erfolgsindikatoren werden zwei verschiedene Analysen vorgenommen: In der ersten Untersuchung werden die nachklinischen Erfolgsraten von auf Frauen bzw. Männer ausgerichteten Programmen betrachtet. Einige Autoren geben in gemischtgeschlechtlichen Therapiegruppen die Erfolgsraten in der weiblichen und männlichen Subpopulation an. Da sich die Behandlungsbedingungen in diesen Gruppen kaum unterscheiden und die Resultate dadurch besser vergleichbar sind, wurden diese Katamnesen in die zweite Analyse einbezogen. Anhand von zwei Stichproben wird die Frage nach den abnehmenden Abstinenzraten bei zunehmendem Katamnesezeitraum geprüft. In der ersten Untersuchung werden die Erfolgsindikatoren bei allen 56 Studien in Zusammenhang mit der Katamnesezeit überprüft. Anschliessend werden Katamnesen, bei denen Messwiederholungen vorgenommen wurden, in Verbindung mit den Erfolgsquoten gesetzt.

Im Rahmen der differentiellen Wirksamkeit stehen zwei Untersuchungsgegenstände im Vordergrund. Als erstes wird die mögliche Auswirkung der Therapiedauer auf die Erfolgswerte untersucht. Im Weiteren werden die ermittelten Erfolgsindikatoren mit den vier Therapierichtungen eklettische und verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie, Therapie in Anlehnung an das Minnesota-Modell (Ansatz der Anonymen Alkoholiker) und kombinierte Therapie in Verbindung gebracht.

#### **3.1. Generelle Wirksamkeit: Abstinenz- und Besserungsraten über alle Studien**

Das nachklinische Trinkverhalten über die 56 Studien soll anhand der verschiedenen Berechnungsmodi F1-F4 ermittelt werden. Die meisten Autoren gaben ihre Abstinenz- und Besserungsraten in Zusammenhang mit einer Berechnungsart an. Existierte die Möglichkeit anhand eines anderen, von den Autoren nicht einbezogenen Berechnungsmodus, weitere Abstinenzwerte zu ermitteln, wurden diese nachberechnet.

**Abstinenzraten:** In 10 Katamnesen wurde die Totalabstinenzrate bei Patienten mit regulärem Behandlungsabschluss und vorliegender Katamnese (F1) ermittelt. Es ergibt sich ein Durchschnittswert von 56.2% bis zum Katamnesezeitpunkt abstinent gebliebener Personen (SD=23.7) (vgl. Tab. 19). Werden bei den planmässig Entlassenen alle Versuchspersonen einbezogen und die nicht-erreichten zu den Rückfälligen gezählt (F2), sinkt der Abstinenzwert auf 47.9% (SD=22.1). Die meisten Autoren bezogen in ihre Berechnungen zur Wirksamkeit stationärer Therapie in Hinsicht auf das nachklinische Trinkverhalten die Gesamtpopulation ein. Nach dem 'wohlwollenden' Modus F3 konnte in 47 Untersuchungen nach einer durchschnittlichen Beobachtungszeit von 16.5 Monaten ein Abstinenzwert von 46.2% (SD=18.1) berechnet werden. Angaben zum Durchschnitt der Einhaltung der Abstinenz nach dem 'vorsichtigen' Berechnungsmodus F4 existieren in fast allen Untersuchungen (N=50). Dieser Wert ist mit einem Anteil 33.2% Abstinenten (SD=15.7) naturgemäss am niedrigsten; werden doch bei dieser Berechnungsart Personen, die nicht geantwortet haben, automatisch zu den Rückfälligen gezählt (vgl. Tabelle 19).

**Besserungsraten:** Im Allgemeinen wurde in etlichen Studien auf die Angaben der in Bezug auf das Trinkverhalten 'Gebesserten' verzichtet. Gerade in 4 Katamnesen werden bei Berechnungsart nach F1 die Raten derjenigen ehemaligen Patienten, welche regulär entlassen wurden, angegeben. Die Besserungsrate ist mit 9.8% (SD=8.8) niedrig (vgl. Tab. 19). Bei Berechnung der Besserungsrate über alle regulär entlassenen Patienten (F2) sinkt die Anzahl der ehemaligen Patienten, welche ein gebessertes Trinkverhalten aufweisen, auf 6.8% (SD=5.4). Immerhin 29 Autoren ermittelten die durchschnittliche Quote der 'Gebesserten' nach Berechnungsmodus F3. 18.2% aller ehemaligen Patienten, von denen Katamneseinformationen vorliegen, können dieser Kategorie zugeordnet werden (SD=10.3). Die Besserungsrate sinkt auf 12.6%, werden bei der Berechnung die nicht-erreichten den Rückfälligen zugeteilt (F4) (vgl. Tabelle 19).

**Tabelle 19: Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten in Abhängigkeit der vier Modi (F1-F4)**

Variable	Durchschnittssystematische Arbeit	
	N	Durchschnitt
Abstinenzrate F1	10	56.2%
Abstinenzrate F2	11	47.9%
Abstinenzrate F3	47	46.2%
Abstinenzrate F4	50	33.2%
Besserungsrate F1	4	9.8%
Besserungsrate F2	5	6.8%
Besserungsrate F3	29	18.2%
Besserungsrate F4	33	12.6%
Katamnesedauer	56	16.5 Monate
Behandlungsdauer	42	60.7 Tage
Ausschöpfungsquote	52	72.8%

Zusammenfassend ergibt sich bei Fragestellung 1 unter Berücksichtigung der konservativen Berechnungsformel F4 über alle 56 Studien eine Abstinenzrate von 33.2% und eine Besserungsrate von 12.6%. Durch die Addition der Abstinenz- und

Besserungswerte können 45.8% als Patienten mit einem 'erfolgreichen Verlauf' bezeichnet werden. Diese Werte beziehen sich auf eine durchschnittliche Behandlungsdauer von 60.7 Tagen und eine Katamnesezeitdauer von 16.5 Monaten.

### 3.1.1. Vergleich der Abstinenz- und Besserungsraten in den drei Ländern

**Erfolgswerte aus der Schweiz:** In den 7 Untersuchungseinheiten wird gemäss Berechnungsmodus F3 eine Abstinenzrate von 38.2% (SD=13.2) ermittelt. Bei strengerer Berechnung (Modus F4) des Trinkverhaltens nach erfolgter Therapie wird über die 7 Schweizer Katamnesen ein Abstinenzwert von 25.0% (SD= 13.2) erreicht. Die Rate der 'Gebesserten' beträgt bei Schweizer Verhältnissen innerhalb der Berechnungsart F3 22.0% (SD=8.5). Werden in der Analyse alle nicht-erreichten den Rückfälligen zugeschrieben (F4), sinkt die Rate auf 13.5% (SD=6.9) (vgl. Tabelle 20).

**Tabelle 20: Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) der Katamnesen aus der Schweiz, Deutschland und Angloamerika**

Variable	Durchschnitt der Schweizer Studien (N=7)		Durchschnitt der Deutschen Studien (N=27)		Durchschnitt der Angloamerikanischen Studien (N=22)	
	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
Abstinenzrate F1	0	-----	5	72.8%	5	39.7%
Abstinenzrate F2	0	-----	6	60.7%	5	32.6%
Abstinenzrate F3	7	38.2%	25	55.1%	15	37.9%
Abstinenzrate F4	7	25.0%	27	40.0%	16	29.8%
Besserungsrate F1	0	-----	3	8.4%	1	14.0%
Besserungsrate F2	0	-----	4	5.8%	1	10.9%
Besserungsrate F3	6	22.0%	15	12.6%	8	25.8%
Besserungsrate F4	6	13.5%	17	9.5%	10	20.2%
Katamnesezeitdauer	7	16.6 Monate	27	16.8 Monate	22	16.0 Monate
Behandlungsdauer	7	102.0 Tage	19	69.2 Tage	16	25.6 Tage
Ausschöpfungsquote	7	62.4%	26	70.3%	19	80.1%

**Erfolgswerte aus Deutschland:** Mit 48.2% Studienanteil am Datenpool ist Deutschland am stärksten vertreten; analysiert werden konnten 27 Deutsche Studien. Die Abstinenzrate gemäss Modus F1 berechneten 5 Deutsche Autoren. Nach durchschnittlich 16.8 Monaten Katamnesezeit konnten 72.8% (SD=11.2) der ehemaligen Patienten die Abstinenz einhalten. War es nicht möglich, die planmässig entlassenen Patienten ausfindig zu machen, wies man sie nach der Berechnungsweise von F2 den Rückfälligen zu. Die Abstinenzquote fiel in den Untersuchungen aufgrund dieser Massnahme auf 60.7% (SD=16.3). Beinahe in sämtlichen Katamnesen (N=25) wurde in die Berechnungen der Totalabstinenzrate die Gesamtpopulation einbezogen. Bei Berechnung gemäss dem 'wohlwollenden' Modus F3, gelang es 55.1% (SD=17.5) der ehemaligen Patienten die Abstinenz über den Katamnesezeitraum einzuhalten. Immerhin noch 40.0% (SD=15.8) der ehemaligen Patienten gelten in Deutschland nach Berechnungsweise F4 als abstinent, selbst wenn die Gruppe der nicht-erreichten den Rückfälligen zugeteilt wird (vgl. Tabelle 20). Bei Einbezug der 'Gebesserten' werden in den Deutschen Studien generell niedrige Werte erreicht. Die durchschnittliche Besserungsrate über 3 Studien beträgt nach dem 'wohlwollenden' Berechnungsmodus F1 8.4% (SD=8.8).

Werden alle ehemaligen Patienten mit regulärem Behandlungsabschluss, welche nicht erreicht werden konnten, den Rückfälligen zugeordnet (F2), gelten durchschnittlich 5.8% als 'gebessert' (SD=5.4). In 15 Katamnesen geben die Autoren die Quote der 'Gebesserten' nach Berechnungsweise F3 an. Dabei wird über die ehemaligen Patienten mit Katamneseinformationen eine durchschnittliche Besserungsrate von 12.6% (SD=10.3) ermittelt. Auf 9.5% (SD=8.7) fällt die Quote der Patienten, welche sich bezüglich des Trinkverhaltens gebessert haben, wenn die nicht-erreichten nach 'konservativem' Modus F4 den Rückfälligen zugeordnet werden (vgl. Tabelle 20).

**Angloamerikanischer Raum:** Von den 22 aus dem Angloamerikanischen Raum stammenden Katamnesen wurden 19 in den USA erstellt; aus England konnten die Datensätze von 3 Studien eruiert werden. Die Einhaltung der totalen Abstinenz bis zum Katamnesezeitpunkt von durchschnittlich 16.0 Monaten gelang 39.7% (SD=21.3) der regulär entlassenen Angloamerikanischen Patienten (F1). Werden die nicht-erreichten regulär entlassenen Patienten zu den Rückfälligen gezählt (F2), sinkt die Abstinenzquote auf 32.6% (SD=18.7). Die meisten Autoren berechneten die durchschnittlichen Abstinenzraten über die gesamte nachuntersuchte Population. Eine durchschnittliche Abstinenzrate von 37.9% wird erzielt, wenn gemäss dem 'wohlwollenden' Modus F3 gerechnet wird (SD=11.9). Die Abstinenzwerte fallen auf 29.8% (SD= 10.0) bei der 'vorsichtig-pessimistischen' Berechnungsweise, bei Zuordnung aller nicht-erreichten zur Kategorie der Rückfälligen (vgl. Tabelle 20). Die Besserungsraten, bei der nur die regulär entlassenen Patienten einbezogen wurden, ermittelte nur ein Autor. 14.0% gelten nach 'wohlwollendem' Modus F1 (SD=0.0) bezüglich des Trinkverhaltens als 'gebessert', 10.9% (SD=0.0) nach strengerer Berechnungsweise F2. Werden alle ehemaligen Patienten mit Katamneseinformationen in die Berechnungen einbezogen (F3), können 25.8% zu den 'Gebesserten' gezählt werden (SD=9.6). Bei Zuordnung der nicht-erreichten zu den Rückfälligen (F4) sinkt die entsprechende Besserungsrate auf 20.2% (SD=9.5) (vgl. Tabelle 20).

**Vergleich der Erfolgswerte aus Schweizer Studien mit Deutschen Studien:** Die deutschen Abstinenzraten, berechnet nach den Modi F1 und F2 können den Werten aus den Schweizer Studien nicht gegenübergestellt werden. In den Schweizer Katamnesen werden die Abstinenzzahlen nicht nach dieser Berechnungsweise angegeben. Hier wird über die gesamte Population gerechnet; der Unterschied zwischen regulär Entlassenen und frühzeitig Entlassenen fällt in den ausgewählten Studien weg. Wird beim Vergleich der nachklinischen Abstinenz- und Besserungswerte der beiden Länder gemäss Modus F3 gerechnet, unterliegen die Abstinenzwerte aus den 7 Schweizer Studien (38.2%) den Werten aus den 25 Deutschen Studien mit 55.1% Abstinenz. Derselbe Sachverhalt zeigt sich bei Berechnung mittels 'konservativem' Modus F4. Während in der Schweiz ein Abstinenzwert von 25.0% erreicht wird, beträgt dieser in Deutschland 40.0%. Bezüglich der Besserungsraten überwiegen die Schweizer Werte. Bei Ermittlung der Besserungsraten mittels F3 zeigt sich, dass 22.0% der ehemaligen Schweizer Patienten in Bezug auf das nachklinische Trinkverhalten zu den 'Gebesserten' zählen, während die Deutschen Kliniken nur 12.6% 'Gebesserte' verzeichnen



können. Werden die nicht-erreichten den Rückfälligen zugeordnet (F4), können in der Schweiz 13.5% ihr nachklinisches Trinkverhalten verbessern, während es in Deutschland 9.5% gelingt (vgl. Tabelle 20). Ein wichtiger Wert widerspiegelt sich in der Addition der Abstinenz- und Besserungsraten. Ermittelt werden die Werte der Kategorie der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf'. Diese zeigen auf, wieviele ehemaligen Patienten ihr nachklinisches Trinkverhalten verbessern konnten. In der Schweiz können bei Berechnungsweise nach F3 60.2% der Entlassenen den in Bezug auf das Trinkverhalten 'Gebesserten' zugeordnet werden, bei F4 38.5%. Dieselben Grössen betragen in Deutschland nach dem Modus F3 67.7% und bei konservativer Berechnungsart 49.5%.

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass die Anzahl derjenigen Patienten, bei welcher die Therapie erfolgreich war, zwischen den Schweizer und Deutschen Studien über einen ähnlichen Katamnesezeitraum in den Deutschen Studien höher ist. Wird der Erfolgsindikator aus Abstinentern und Gebesserten gemäss F3 berechnet, liegen die Werte in Deutschland um 7.5% höher als in der Schweiz. Bei Berechnung des Anteils der 'erheblich Gebesserten' nach F4 können in den Deutschen Studien durchschnittlich 11.0% mehr ehemalige Patienten dieser Kategorie zugeordnet werden. Dies liegt an den höheren Abstinenzraten, welche in Deutschen Studien ermittelt wurden (F3 und F4).

**Vergleich der Katamnesen aus dem deutschsprachigen Raum mit den Angloamerikanischen Studien:** Bei Berechnung der Abstinenzraten gemäss Modus F1 wurde in den USA ein Durchschnittswert von 39.7%, in Deutschland (in der Schweiz wurde in keiner Studie nach den Modi F1 und F2 gerechnet) von 72.8% erzielt. In den USA beträgt der Durchschnittswert der Abstinenzraten der regulären Therapiebeender gemäss der 'vorsichtigeren' Berechnungsart F2 32.6%, in Deutschland 60.7%. Wird bei der Bestimmung der Abstinenzrate die gesamte Population mit vorliegenden Katamneseinformationen einbezogen (F3), bleiben in den USA bis zum Katamnesezeitpunkt durchschnittlich 37.9% der ehemaligen Patienten abstinent; in der Schweiz gelingt die Einhaltung der absoluten Abstinenz nach erfolgter Therapie 38.2%, in Deutschland 55.1%. Bei Berechnung der durchschnittlichen Abstinenzrate nach konservativem Modus F4 ergibt sich in den USA ein Durchschnittswert von 29.8% Abstinentern, in der Schweiz werden 25.0%, in Deutschland 40.0% als abstinent bezeichnet. Wird die Besserungsrate des nachklinischen Trinkverhaltens über die gesamte Population berechnet (F3), ergibt sich in den USA ein Wert von 25.8%; in der Schweiz sind 22.0% 'Gebesserte' zu verzeichnen, in Deutschland nur 12.6%. Bei Zuordnung der Gruppe der nicht-erreichten zu den Rückfälligen (F4), kann in den USA bis zum Katamnesezeitpunkt eine Besserungsrate von 20.2% verzeichnet werden, in den Schweizer Katamnesen gehören 13.5% der Kategorie der 'Gebesserten' an, in den Deutschen nur 9.5%. Werden die Abstinenz- und Besserungsraten des jeweiligen Landes addiert (beim Modus F4) und damit der wichtige Parameter der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' geschaffen, können im Angloamerikanischen Raum 50.0% den 'erheblich Gebesserten' zugeordnet werden. In Deutschland wird 49.5% der ehemaligen Patienten ein 'erfolgreicher Verlauf' attestiert, während in der Schweiz die Zahl der 'deutlich Gebesserten' mit 38.5% am niedrigsten ist. Es wird dabei gut ersichtlich,

dass sich die Durchschnittswerte der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' in den beiden Ländern Deutschland und Angloamerika nicht deutlich unterscheiden. In den Schweizer Studien werden jedoch deutlich niedrigere Werte erreicht.

Zusammenfassend werden folgende Erkenntnisse gewonnen (nach Modus F4): Werden die Abstinenzraten alleine betrachtet, wird in Deutschen Studien bei einer Behandlungsdauer von 69.2 Tagen das beste Ergebnis erreicht. Hinsichtlich der Besserungsraten werden jedoch in Deutschland die niedrigsten Werte erzielt, während bei diesem Erfolgsindikator in den Angloamerikanischen Studien mit durchschnittlicher Behandlungsdauer von 25.6 Tagen die besten Ergebnisse anzutreffen sind. Bei Bildung der Kategorie von Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' sind die Quoten von Deutschland und den USA fast identisch, während in der Schweiz bei einer Behandlung von durchschnittlich 102.0 Tagen deutlich niedrigere Werte verzeichnet werden.

### 3.1.2. Vergleich der Erfolgsraten der Forel-Klinik mit den Werten der drei Länder und der 'VDR-Studie'

Da die Forel-Klinik die grösste Institution in der Schweizer Kliniklandschaft ist, nimmt sie eine wichtige Rolle bei der Behandlung der alkoholabhängigen Patienten und der Katamneseforschung ein. Durch die Zusammenfassung verschiedener Teilpublikationen aus der Forel-Klinik konnten Sieber et al. (2004) in ihrer integralen Studie die Daten von 669 Patienten auswerten.

**Vergleich der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik mit den Werten der anderen Schweizer Institutionen:** Nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 26.8 Monaten hielten gemäss dem 'wohlwollenden' Modus F3 38.6% der ehemaligen Patienten der Forel-Klinik die Abstinenz ein. Nach unten korrigiert werden die Raten, wenn alle nicht-erreichten Patienten (gemäss F4) bei den Rückfälligen eingestuft werden (20.2%). Ein gebessertes Trinkverhalten wiesen nach Berechnungsart F3 34.7%, gemäss F4 18.1% auf. Die Abstinenzwerte gemäss den Berechnungsweisen F3 und F4 decken sich mit dem gesamtschweizerischen Bild. Was die Besserungsraten des nachklinischen Trinkens betrifft, liegen die Werte in der Forel-Klinik - trotz

**Tabelle 21: Vergleichswerte der Forel-Klinik mit dem gesamtschweizerischen Mittel**

Variable	Durchschnittswerte der Forel-Klinik (N=669)	Schweizerischer Gesamtdurchschnitt (exkl. Forel-Klinik)
Abstinenzrate F3	38.6%	38.1%
Abstinenzrate F4	20.2%	25.8%
Besserungsrate F3	34.7%	19.4%
Besserungsrate F4	18.1%	12.5%
Katamnesedauer	26.8 Monate	15.0 Monate
Behandlungsdauer	93.8 Tage	103.0 Tage
Ausschöpfungsquote	53.0%	64.0%

einer beträchtlich längeren Katamnesedauer - deutlich über den Werten der 6 weiteren Schweizer Institutionen (vgl. Tabelle 21).

Wird in der Zusammenfassung durch Addition der Abstinenz- und Besserungsraten nach F4 die Kategorie der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' gebildet, verzeichnet die Forel-Klinik mit 38.3% 'erheblich Gebesserten' den selben Wert, welcher im Schweizerischen Gesamtdurchschnitt ermittelt wurde. Damit sind die Erfolgsindikatoren der beiden Stichproben durchaus vergleichbar, wenn sich auch die Katamnesedauer und Ausschöpfungsquote deutlich unterscheiden. Bei beiden Parametern ist die Forel-Klinik benachteiligt (geringere Ausschöpfungsquote und längere Katamnesezeit).

**Vergleich der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik mit den Abstinenz- und Besserungsraten der Deutschen und Angloamerikanischen Katamnesen:** Um eine Vergleichsmöglichkeit der in der Forel-Klinik ermittelten Abstinenz- und Besserungsraten mit Erfolgswerten aus internationalen Katamnesen zu erhalten, werden die Erfolgsraten mit den entsprechenden Werten der Deutschen und Angloamerikanischen Studien verglichen (vgl. Tabelle 22).

Bei den Erfolgswerten können nur Angaben in Bezug auf die Berechnungsweise F3 und F4 gemacht werden. In der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) wurden die Abstinenz- und Besserungsraten der regulär Entlassenen nicht gesondert berechnet (F1 und F2). Die Abstinenzrate aus der Untersuchung der Forel-Klinik über alle Personen mit vorhandenen Katamneseinformationen (F3) liegt bei 38.6% und kann mit dem Anteil ehemaliger Patienten, die in Angloamerika bis zur Katamnesebefragung abstinent geblieben waren (37.9%) verglichen werden. Höher liegt die entsprechende Rate bei den Deutschen Studien (55.1%). Werden die Abstinenzraten über alle Personen ermittelt und die Werte der nicht-erreichten Personen den Rückfälligen zugeordnet (F4), gelten in der Untersuchung der Forel-Klinik 20.2% als abstinent.

**Tabelle 22: Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) der Katamnesen aus der Forel-Klinik, Deutschland und Angloamerika**

Variable	Durchschnitt Studie Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004)	Durchschnitt der Deutschen Studien (N=27)		Durchschnitt der Angloamerikanischen Studien (N=22)	
		N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
<b>Abstinenzrate F1</b>	Keine Angaben	5	72.8%	5	39.7%
<b>Abstinenzrate F2</b>	Keine Angaben	6	60.7%	5	32.6%
<b>Abstinenzrate F3</b>	38.6%	25	55.1%	15	37.9%
<b>Abstinenzrate F4</b>	20.2%	27	40.0%	16	29.8%
<b>Besserungsrate F1</b>	Keine Angaben	3	8.4%	1	14.0%
<b>Besserungsrate F2</b>	Keine Angaben	4	5.8%	1	10.9%
<b>Besserungsrate F3</b>	34.7%	15	12.6%	8	25.8%
<b>Besserungsrate F4</b>	18.1%	17	9.5%	10	20.2%
<b>Katamnesedauer</b>	26.8 Monate	27	16.8 Monate	22	16.0 Monate
<b>Behandlungsdauer</b>	93.8 Tage	19	69.2 Tage	16	25.6 Tage
<b>Ausschöpfungsquote</b>	53.0%	26	70.3%	19	80.1%

In Deutschland konnten durchschnittlich 40.0% der Patienten die Abstinenz einhalten, in den USA 29.8%. Damit liegen die Abstinenzwerte nach F4 aus der Studie der Forel-Klinik niedriger als in den anderen Ländern. Angemerkt werden muss in diesem Zusammenhang die lange Katamnesezeit dieser integralen Studie von 26.8 Monaten. Die ehemaligen Patienten in Deutschland wurden nach 16.0 Monaten, in Angloamerika nach 16.8 Monaten nachuntersucht. Ausserdem fallen die Abstinenz- und Besserungsraten in der Studie der Forel-Klinik ziemlich stark ab, wenn die Erfolgsraten nach F4 ermittelt werden. Dies ist im Zusammenhang mit der niedrigen Ausschöpfungsquote von 53.0% dieser Studie zu betrachten.

Bei der Besserungsrate erreicht die Studie der Forel-Klinik (Sieber et al., 2004) mit 34.7% der ehemaligen Patienten (F3), welche ihr Trinkverhalten verbessern konnten, das beste Ergebnis. 25.8% der ehemaligen Patienten wurde in Angloamerika ein gebessertes Trinkverhalten attestiert, während die Deutschen Katamnesen eine relativ niedrige Besserungsrate von 12.6% aufweisen. Werden die Besserungsraten mittels 'vorsichtigerem' Modus F4 angegeben, können in der Studie der Forel-Klinik 18.1%, in den Angloamerikanischen Katamnesen 20.2% und in den Deutschen noch 9.5% als gebessert betrachtet werden.

Am aussagekräftigsten in Bezug auf die generelle Wirksamkeit einer stationären Therapie erachte ich die Rate der Patienten mit einem 'erfolgreichen Verlauf'. In dieser Kategorie werden die Abstinenz- und Besserungsraten addiert. Bei Ermittlung der Werte nach F3 erreichen die ehemaligen Patienten der Forel-Klinik mit 73.3% die höchste Rate an Personen, die ihr Trinkverhalten deutlich verbessern konnten. In Deutschland können 67.7% der ehemaligen Patienten als 'deutlich gebessert' betrachtet werden, in Angloamerika 63.7%. Bei Berechnungsweise nach F4 sinken die entsprechenden Werte in der Studie der Forel-Klinik auf 38.3%, in Deutschland auf 49.5% und in Angloamerika auf 50.0%.

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die Ausschöpfungsquote bei dieser Vergleichsstudie eine wichtige Rolle spielt. Wird sie beim Modus F3 vernachlässigt, erreicht die Forel-Klinik die höchsten Werte in der Kategorie der 'erheblich Gebesserten'. Bei einer Berechnung des Erfolgsindikators von Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' gemäss F4 liegen die Raten der Forel-Klinik im Vergleich mit den Deutschen und Angloamerikanischen Studien aufgrund der niedrigen Ausschöpfungsquote am tiefsten.

**Vergleich der Erfolgswerte der Forel-Klinik und der 'VDR-Studie':** Die 'VDR-Studie' (vgl. Küfner et al., 1986) und die Katamnese aus der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) sind zwei exemplarische Studien aus dem deutschsprachigen Raum. Daher bietet sich ein Vergleich der Erfolgsindikatoren an.

Werden die Abstinenzangaben nach 'wohlwollendem Modus' F3 über alle Patienten mit vorliegenden Katamneseinformationen erhoben, liegen die Werte der Forel-Klinik mit 38.6% tiefer als die Abstinenzrate aus der 'VDR-Studie' mit 53.2%. Bei Einbezug aller Patienten und Zuordnung der nicht-erreichten zur Kategorie der 'Rückfälligen' (F4) ergibt sich dasselbe Bild. Während in der 'VDR-Studie' 43.1% die Abstinenz bis

zum Katamnesezeitpunkt einhalten konnten, gelang es den ehemaligen Patienten aus der Forel-Klinik in 20.2% der Fälle abstinent zu bleiben (vgl. Tabelle 23).

Bezüglich der Besserungsraten nach dem Berechnungsmodus F3 werden in der Forel-Klinik deutlich höhere Raten erzielt. 34.7% können hier den im Trinkverhalten 'Gebesserten' zugeordnet werden, während in der 'VDR-Studie' nur 8.5% der ehemaligen Patienten ein gebessertes Trinkverhalten attestiert werden konnte. Wird nach dem strengsten Modus F4 gerechnet, fallen die Besserungsraten in der Untersuchung von Sieber et al., 2004 auf 18.1%, in derjenigen von Küfner et al. (1986) auf 6.9% zurück.

Die Kategorie der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' zeigt bei wohlwollender Berechnungsweise (F3) auf, dass in der Forel-Klinik 73.3% beim Katamnesezeitpunkt als 'deutlich Gebesserte' gelten, während dieses Kriterium in der 'VDR-Studie' auf 61.7% zutrifft. Werden die Erfolgsraten nach dem Berechnungsmodus F4 ermittelt, kann die Therapie in der Forel-Klinik in 38.3% als erfolgreich gelten, was in der 'VDR-Studie' in 50.0% der Fälle ist.

**Tabelle 23: Vergleich der Erfolgswerte aus der Studie der Forel-Klinik und der 'VDR-Studie'**

Variable	Durchschnittswerte Studie Forel-Klinik	Durchschnittswerte 'VDR-Studie'
	N=669	N=1118
<b>Abstinenzrate F1</b>	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Abstinenzrate F2</b>	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Abstinenzrate F3</b>	38.6%	53.2%
<b>Abstinenzrate F4</b>	20.2%	43.1%
<b>Besserungsrate F1</b>	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Besserungsrate F2</b>	Keine Angaben	Keine Angaben
<b>Besserungsrate F3</b>	34.7%	8.5%
<b>Besserungsrate F4</b>	18.1%	6.9%
<b>Katamnesedauer</b>	26.8 Monate	18.0 Monate
<b>Behandlungsdauer</b>	93.8 Tage	Unterschiedlich <sup>1</sup>
<b>Ausschöpfungsquote</b>	53.0%	81.0%

<sup>1</sup> In der Katamnese von Küfner et al. (1986) wird zwischen einer Behandlungsdauer von durchschnittlich 56 Tagen (Kurzzeitbehandlung), 135 Tagen (mittelfristige Behandlung) und 180 Tagen (Langzeitbehandlung) unterschieden.

Zusammenfassend zeigt sich, wenn der Erfolgsindikator der 'deutlich Gebesserten' der beiden Studien verglichen wird, ergibt sich das selbe Bild wie beim Vergleich der Werte aus der Forel-Klinik mit den drei Ländern. Während in der Forel-Klinik gemäss F3 die höchsten Werte erreicht werden, sind die Raten bei Berechnungsweise gemäss F4 aufgrund der geringen Ausschöpfungsquote in der Forel-Klinik am niedrigsten.

### **3.1.3. Erfolgsindikatoren und Geschlecht**

In die erste Analyse werden sämtliche Studien einbezogen, welche rein weibliche bzw. männliche Stichproben beschreiben. Dabei handelt es sich um 13 Katamnesen.

9 Kliniken spezialisierten sich auf die Behandlung von männlichen Patienten, 4 Institutionen nahmen ausschliesslich weibliche Patienten in ihr Behandlungsprogramm auf. Die zweite Untersuchung bezieht sich - mit dem Ziel der besseren Vergleichbarkeit - auf jene 8 Studien, bei denen für beide Geschlechter derselben Untersuchung getrennt Abstinenz- und Besserungsraten angegeben werden.

### **Erfolgsindikatoren bei speziellen Programmen für Frauen respektive Männer:**

Wir konzentrieren uns auf die Berechnungsarten F3 und F4, da für F1 und F2 zu wenig Studien zur Verfügung stehen (vgl. Tabelle 24). Die häufigste Berechnungsform der Abstinenzraten bezieht sich auf die Gesamtpopulation (F3). 37.4% der ehemaligen weiblichen Patienten gaben an, während der gesamten Katamnesezeit abstinent geblieben zu sein, bei den Männern konnten 44.4% dieser Kategorie zugeteilt werden. Werden bei der Nachbefragung diejenigen ehemaligen Patienten, welche nicht erfasst werden konnten, automatisch den Rückfälligen angegliedert, sinken die Werte bei der weiblichen und der männlichen Population. Während bei den Stichproben der weiblichen Patienten beim Modus F4 nur 28.8% als abstinent gelten, erreicht die Abstinenzrate bei den Männern ein Durchschnitt von 39.5% (vgl. Tabelle 24).

Zwischen der durchschnittlichen Besserungsrate in weiblichen und männlichen Studien beim Modus F3 kann kein erheblicher Unterschied festgestellt werden. Die ehemaligen weiblichen Patienten gelten in 19.7% der Fälle, die männlichen in 20.1% bei der Nachbefragung als 'gebessert' in Bezug auf das Trinkverhalten. Bei Zuordnung der nicht-erreichten zu den Rückfälligen (F4) weisen 15.4% der Frauen und 19.3% der Männer zum Katamnesezeitpunkt ein gebessertes Trinkverhalten auf (vgl. Tabelle 24).

**Tabelle 24: Erfolgsindikatoren bei Frauen und Männern über 13 Studien**

Variable	Durchschnitt bei weiblichen Studien		Durchschnitt bei männlichen Studien	
	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
<b>Abstinenzrate F1</b>	1	35.2%	3	53.1%
<b>Abstinenzrate F2</b>	1	21.8%	3	50.1%
<b>Abstinenzrate F3</b>	3	37.4%	7	44.4%
<b>Abstinenzrate F4</b>	3	28.8%	7	39.5%
<b>Besserungsrate F1</b>	0	-----	1	5.6%
<b>Besserungsrate F2</b>	0	-----	1	5.3%
<b>Besserungsrate F3</b>	2	19.7%	4	20.1%
<b>Besserungsrate F4</b>	2	15.4%	4	19.3%
<b>Katamnesedauer</b>	4	20.0 Monate	9	14.0 Monate
<b>Behandlungsdauer</b>	3	124.7 Tage	7	62.6 Tage
<b>Ausschöpfungsquote</b>	4	72.5%	8	89.5%

Zusammenfassend wird festgestellt, dass die weiblichen Erfolgsraten in Bezug auf das nachklinische Trinkverhalten durchwegs tiefer liegen als die männlichen. Wird der Erfolgsindikator der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' gemäss Modus F4 betrachtet, gelten 44.2% der weiblichen Patienten als 'deutlich gebessert'. In den männlichen Studien können 58.8% dieser Kategorie zugeteilt werden.

Bei der Analyse der Erfolgsdaten muss berücksichtigt werden, dass der Katamnesezeitraum der weiblichen Stichproben 20.0 Monate beträgt; die Männer jedoch durchschnittlich schon nach 14.0 Monaten nachbefragt wurden. Die Patienten in der weiblichen Stichprobe verbrachten durchschnittlich 124.7 Tage in stationärer Behandlung, während die Männer die Fachkliniken nach 62.6 Tagen verliessen. Ausserdem liegt v.a. bei der weiblichen Population ein sehr kleiner Datensatz vor, so dass mit Interpretationen vorsichtig umgegangen werden muss.

**Charakterisierung der Studien mit weiblichen und männlichen Patienten:** Die Durchschnittsstichprobe aller 13 Studien umfasst 533.0 weibliche bzw. 719.6 männliche Patienten. Für die Katamnesebefragung standen durchschnittlich 386.0 Frauen und 643.9 Männer zur Verfügung. Während bei der weiblichen Population 72.5% nachbefragt werden konnten, erreichte die Ausschöpfungsquote in den männlichen Studien 89.5%. Mit 42.0 Jahren traten die weiblichen Patienten die Behandlung an, bei den Männern beträgt das Durchschnittsalter 42.8 Jahre. 44.0% der Frauen und 34.3% der Männer lebten in einer Ehe oder eheähnlichen Partnerschaft. Als ledig bezeichneten sich 20.0% der weiblichen und 23.0% der männlichen Probanden. Eine Scheidung oder Trennung vom Partner hatten bei Behandlungsbeginn 36.0% der Frauen und 42.0% der Männer hinter sich. Als verwitwet galt 1.0% der Männer. In der weiblichen Stichprobe verlor niemand den Ehepartner vor Antritt der Therapie. Die Arbeitslosenquote beträgt bei den Frauen 33.0%, bei den Männern 38.4%. In Bezug auf die Obdachlosen können keine Angaben gemacht werden (vgl. Tab. 25).

Bei der Angabe des Zivilstandes interessieren v.a. die möglichen geschlechtsspezifischen Unterschiede bezüglich des Anteils an Verheirateten. Während fast die Hälfte der Frauen (44.0%) in einer Ehe oder der Ehegemeinschaft ähnlichen Form lebte, war nur gut ein Drittel der Männer (34.3%) verheiratet (vgl. Tabelle 25). Dies erstaunt angesichts der Tatsache, dass gerade bei den Männern der Ehe/Partnerschaft eine schützende Funktion in Bezug auf das Einhalten der Totalabstinenz nachgewiesen werden konnte (vgl. Sieber et al., 2002).

Der Anteil Polytoxikomaner beträgt bei den Frauen 33.0% und liegt deutlich unter dem Anteil männlicher Mehrfachabhängiger (47.0%). Divergierend sind die Werte, welche die mittlere Abhängigkeit betreffen; die weibliche Population trat nach durchschnittlich 7.0 Jahren Alkoholabhängigkeit in stationäre Behandlung ein, während die Männer dagegen erst nach 14.9 Jahren der Abhängigkeit Hilfe in einer stationären Behandlungsstätte suchten. Der mittlere Alkoholkonsum vor Klinikeintritt beträgt bei der weiblichen Subpopulation 250.0 g/Tag; in den männlichen Studien wurde durchschnittlich 229.2 g reinen Alkohols pro Tag vor Klinikeintritt konsumiert. 28.5% der Frauen wandten sich mit ihrem Abhängigkeitsproblem vor der stationären Behandlung an eine ambulante Institution, bei den Männern suchten 38.7% Hilfe in einer ambulanten Organisation. Eine stationäre Vorbehandlung durchliefen 57.5% der Männer. Bei den Studien mit weiblichen Teilnehmer fehlen die Angaben. Mindestens 2 stationäre Klinikaufenthalte hatten 40.0% der Frauen und 21.0% der Männer vor Behandlungsbeginn hinter sich. Bezüglich der Mortalitätsrate fehlen die Werte in den 4 Studien mit reiner Frauenbeteiligung ganz; bei den Männern beträgt

diese bis zum Katamnesezeitpunkt durchschnittlich 2.5%. Als vorzeitige Therapieabbrecher gelten 16.5% der männlichen Patienten. In den weiblichen Studien fehlen die entsprechenden Angaben. Die Behandlungsdauer der Frauen ist doppelt so lang wie die der Männer. Durchschnittlich 124.7 Tage verbrachten die Frauen in einer spezialisierten Klinik, während die Männer diese nach 62.6 Tagen wieder verliessen (vgl. Tabelle 25).

**Tabelle 25: Vergleichswerte aus weiblichen und männlichen Stichproben**

Variable	Durchschnitt Frauen		Durchschnitt Männer	
	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
Ausgangsstichprobe	4	533.0 Pers.	9	719.6 Pers.
Stichprobe Katamnese	4	386.0 Pers.	9	643.9 Pers.
Ausschöpfungsquote	4	72.5%	6	89.5%
Katarnesedauer	4	20.0 Monate	9	14.0 Monate
Alter	2	42.0 Jahre	6	42.8 Jahre
Verheiratet	1	44.0%	3	34.3%
Ledig	1	20.0%	3	23.0%
Getrennt Lebend	1	36.0%	3	42.0%
Verwitwet	1	0.0%	3	1.0%
Anteil Arbeitsloser	1	33.0%	5	38.4%
Anteil Obdachloser	0	Keine Angaben	0	Keine Angaben
Mehrfachabhängige	1	33.0%	2	47.0%
Mittlere Abhängigkeit in J.	1	7.0 Jahre	3	14.9 Jahre
Alkoholkonsum g/Tag	1	250.0 g/Tag	3	229.2 g/Tag
Ambulante Behandlung	2	28.5%	1	38.7%
1 stationäre Behandlung	0	Keine Angaben	2	57.5%
2 stationäre Behandlungen	1	40.0%	1	21.0%
Behandlungsdauer	3	124.7 Tage	7	62.6 Tage
Mortalitätsrate	0	Keine Angaben	2	2.5%
Therapieabbrecher	0	Keine Angaben	6	16.5%

Bezüglich einer Interpretation dieser Daten ist Vorsicht geboten. Wie in Tabelle 25 dargestellt, werden die Grössen aus sehr kleinen Stichproben, manchmal aus einem Datensatz gewonnen.

### **Geschlechtsunterschiede bei gemischtgeschlechtlichen Therapieprogrammen:**

In 8 Untersuchungen werden Erfolgswerte in Bezug auf das Trinkverhalten in einer weiblichen und männlichen Subpopulation angegeben. An dieser Stelle wird v.a. auf das nachklinische Trinkverhalten der Frauen und Männer eingegangen. Weitere soziodemographische und suchtspezifische anamnestische Daten sind meist auf die Gesamtstichprobe ausgerichtet. Da sich die Behandlungsbedingungen kaum unterscheiden, sind diese Teilstichproben gut vergleichbar.

Die meisten Abstinenzraten wurden nach den Modi F3 und F4 berechnet. Bei den Frauen ergab sich über die gesamte Population eine Abstinenzrate von 47.2% (F3). Durchschnittlich 50.8% der Männer hielten gemäss F3 die Abstinenz bis zum Katamnesezeitpunkt ein. Bei der Berechnung nach dem 'vorsichtigeren' Modus (F4) differieren die weiblichen und männlichen Abstinenzraten nicht stark. In der



weiblichen Subpopulation ergibt sich ein Durchschnitt von 32.7% Abstinente, in der männlichen von 34.3% (vgl. Tabelle 26).

Die Besserungsrate über die weibliche Subpopulation (F3) beträgt bis zum Katamnesezeitpunkt 13.0%. 9.5% der Männer konnte nach dieser Berechnungsweise ein gebessertes Trinkverhalten attestiert werden. Bei 'vorsichtig-pessimistischer' Berechnung (F4) sinkt der Wert bei beiden Geschlechtern leicht. 11.0% der Frauen und 6.7% der Männer gelten in Bezug auf das Trinkverhalten als 'gebessert' (vgl. Tabelle 26).

**Tabelle 26: Erfolgswerte (F1-F4) bei 8 weiblichen und männlichen Teilstichproben derselben Studie**

Variable	Durchschnitt bei weiblicher Stichprobe		Durchschnitt bei männlicher Stichprobe	
	N	Durchschnitt	N	Durchschnitt
<b>Abstinenzrate F1</b>	1	62.4%	1	53.3%
<b>Abstinenzrate F2</b>	1	51.8%	1	44.2%
<b>Abstinenzrate F3</b>	7	47.2%	7	50.8%
<b>Abstinenzrate F4</b>	7	32.7%	7	34.3%
<b>Besserungsrate F1</b>	0	-----	0	-----
<b>Besserungsrate F2</b>	0	-----	0	-----
<b>Besserungsrate F3</b>	5	13.0%	5	9.5%
<b>Besserungsrate F4</b>	5	11.0%	5	6.7%
<b>Ausschöpfungsquote</b>	8	70.4%	8	71.6%

Zusammenfassend wird bei Bildung des Indikators der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' festgestellt, dass zwischen den beiden Geschlechtern keine grosse Abweichung besteht. Während in der weiblichen Stichprobe gemäss F4 43.7% dieser Kategorie zugeordnet werden können, gelten in der entsprechenden männlichen Stichprobe 41.0% als 'deutlich gebessert'. Wird bei der Analyse die erste Untersuchung mit den 13 Studien einbezogen (vgl. Tabelle 24), könnte das bessere Resultat in den männlichen Studien bei jener Untersuchung mindestens teilweise auf die unterschiedlichen Behandlungsbedingungen zurückzuführen sein. In der Analyse mit gemischtgeschlechtlichen Therapieprogrammen wird ersichtlich, dass in Studien mit weiblichen und männlichen Subpopulationen bei vergleichbaren Behandlungsbedingungen keines der Geschlechter deutlich bessere Erfolgsraten verzeichnen kann.

### **3.1.4. Erfolgsindikatoren und Katamnesezeitdauer**

Im ersten Teil werden die Erfolgsraten der 56 Studien mit unterschiedlicher Katamnesezeitdauer einander gegenübergestellt. Überprüft werden soll, ob sich die Abstinenz- und Besserungsrate der Kurzzeitkatamnesen von den Erfolgsraten der Kliniken mit einer mittleren, bzw. langen Katamnesezeit unterscheiden.

In 14 Untersuchungen des Gesamtdatensatzes wurden die Populationen zu verschiedenen Zeitpunkten wiederholt nachbefragt. Die Analyse dieser Daten richtet den Fokus auf den Vergleich der Erfolgsraten nach unterschiedlichen Beobachtungszeiten innerhalb derselben Katamnese.

**Erfolgsindikatoren und Katamnesedauer über alle Untersuchungen:** Die durchschnittliche Katamnesezeit über die 56 Studien beträgt 16.5 Monate (SD=9.7). Die charakteristischen Parameter der untersuchten Population wurden oben aufgelistet. Der grösste Teil der Population (67.9%) kann den Kurzzeitkatamnesen von 6-12 Monaten zugeordnet werden. Ueber einen Zeitraum von 13-24 Monaten wurden 16.1% der ehemaligen Patienten aus den Studien beobachtet. Nach 25-36 Monaten fand die Nachbefragung bei 10.7% der Katamnesen statt. 5.4% der Autoren erhoben die Daten der Nachuntersuchungen in einem Zeitraum zwischen 37 und 48 Monaten.

**Tabelle 27: Durchschnittliche Abstinenzraten über 56 Studien und Katamnesezeitraum**

Katamnesedauer	Abstinenz F1		Abstinenz F2		Abstinenz F3		Abstinenz F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>6-12 Monate</b>	8	59.1%	8	48.3%	33	48.7%	33	35.3%
<b>13-24 Monate</b>	-----	-----	1	82.9%	8	38.1%	10	31.2%
<b>25-36 Monate</b>	1	35.2%	1	21.8%	5	42.0%	5	27.0%
<b>37-48 Monate</b>	1	54.0%	1	36.0%	1	50.0%	2	26.0%

Tabelle 27 widerspiegelt die Abstinenzraten (F1-F4) in Abhängigkeit der differenten Katamnesedauer. Wie erwartet fallen die Abstinenzwerte bis auf eine Ausnahme in allen Berechnungskategorien (F1-F4) bei der Katamneseperiode von 6-12 Monaten am höchsten aus. Bei den weiteren drei Untersuchungszeiträumen kann keiner als derjenige mit der zweit höchsten Abstinenzrate identifiziert werden (vgl. Tabelle 27).

Während bei der Ermittlung der Abstinenzraten die höchsten Werte im Nachuntersuchungsraum von 6-12 Monaten gefunden wurden, ergibt sich in Bezug auf die Besserungsraten ein anderes Bild. Werden in die Berechnungen nur die regulär entlassenen ehemaligen Patienten einbezogen (F1 und F2), steigen die Besserungsraten mit zunehmender Katamnesedauer an. Bei Berücksichtigung der gesamten Population (F3 und F4) kann ausgesagt werden, dass die Besserungsraten zwischen der Kurzzeitkatamnese und der mittelfristigen Katamnese sinken. Danach steigen sie jedoch wieder an (vgl. Tabelle 28). Wegen der zum Teil kleinen Datensätze ist bei einer Interpretation Vorsicht geboten.

**Tabelle 28: Durchschnittliche Besserungsraten über 56 Studien und Katamnesezeitraum**

Katamnesedauer	Gebessert F1		Gebessert F2		Gebessert F3		Gebessert F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>6-12 Monate</b>	3	6.4%	3	5.0%	19	19.2%	20	14.2%
<b>13-24 Monate</b>	-----	-----	1	5.3%	5	14.2%	7	9.5%
<b>25-36 Monate</b>	-----	-----	-----	-----	4	18.1%	4	10.2%
<b>37-48 Monate</b>	1	20.0%	1	14.0%	1	20.0%	2	11.2%

Zusammenfassend bestätigt sich die Vermutung, dass die Abstinenzraten mit zunehmendem Katamnesezeitraum sinken (F4). Während die Abstinenzraten zwischen erstem und drittem Katamnesezeitraum stärker sinken, bleiben sie in der Langzeitkatamnese beinahe konstant. Die Rate der 'Gebesserten' sinkt zwischen der Kurzzeitkatamnese und der mittelfristigen Katamnese. Allerdings steigen die Quoten

derjenigen Patienten, welche ein 'gebessertes Trinkverhalten' erreichen konnten, danach wieder an.

**Abstinenzraten bei Katamnesen mit wiederholten Befragungen der ehemaligen Patienten:** 14 Autoren nahmen im Rahmen der Datenerhebungen Messwiederholungen vor. Die Analyse dieser Katamnesen bringt den Vorteil, dass die zu vergleichenden Erfolgsraten derselben Katamnese entstammen und somit eine gute Vergleichbarkeit gegeben ist. In den Tabellen 29 und 30 werden die durchschnittlichen Abstinenz- und Besserungsraten gemäss F4 in Bezug auf die unterschiedlichen Katamnesezeiträume aufgelistet.

**Tabelle 29: Durchschnittliche Abstinenzraten gemäss Modus F4 bei Studien mit Messwiederholungen**

Katamnesedauer	N	Durchschnitt Abstinenzrate
<b>Kurzzeitkatamnese (6-12 Monate)</b>	14	39.3%
<b>Mittelfristige Katamnese (13-24 Monate)</b>	13	31.0%
<b>Langzeitkatamnese I (25-36 Monate)</b>	2	35.5%
<b>Langzeitkatamnese II (37-48 Monate)</b>	2	30.0%

Die Abstinenzrate ist bei jenen 14 Untersuchungen am höchsten (39.3%), in welchen die ehemaligen Patienten nach durchschnittlich 6-12 Monaten nachbefragt wurden. Gegenüber dem Katamnesezeitraum von 13-24 Monaten sinken die Abstinenzraten auf 31.0%. Eine Interpretation der ermittelten Abstinenzraten in den beiden Katamnesen mit Nachbefragungszeit von jeweils 25-36 Monaten bzw. 37-48 Monaten wird aufgrund des kleinen Datensatzes hinfällig (vgl. Tabelle 29).

Besserungsraten in Abhängigkeit des Katamnesezeitraumes werden in 7 Untersuchungen angegeben. Die langfristigen Katamnesen werden vernachlässigt, da in diesen Kategorien jeweils nur eine Angabe vorhanden ist. Die durchschnittlich erzielten Besserungsraten in diesen 7 Katamnesen unterscheiden sich in Bezug auf die differenten Katamnesezeiträume (6-12 Monate versus 13-24 Monate) wenig (vgl. Tabelle 30).

**Tabelle 30: Durchschnittliche Besserungsraten gemäss F4 bei Studien mit Messwiederholungen**

Katamnesedauer	N	Durchschnitt Besserungsrate
<b>Kurzzeitkatamnese (6-12 Monate)</b>	7	12.6%
<b>Mittelfristige Katamnese (13-24 Monate)</b>	6	10.9%

Bei der Analyse der Erfolgsraten in Studien mit Messwiederholungen kann zusammenfassend gemäss F4 eine Senkung der Abstinenzraten zwischen den ersten beiden Befragungszeitpunkten bestätigt werden. Auf eine Interpretation der Daten der Langzeitkatamnesen muss sowohl bei den Abstinenz- wie auch bei den Besserungswerten wegen des geringen bzw. nicht vorhandenen Datensatzes verzichtet werden. In Bezug auf die Besserungsraten nimmt der Anteil derjenigen ehemaligen Patienten mit einem 'gebesserten Trinkverhalten' zwischen der Kurzzeitkatamnese und der mittelfristigen Katamnese ab. Leider kann aufgrund der

fehlenden Daten nicht festgestellt werden, ob die Rate der 'Gebesserten' danach wieder ansteigt.

## 3.2. Differentielle Wirksamkeit

Zwei Faktoren werden im Rahmen der differentiellen Wirksamkeit stationärer Therapie betrachtet. Die mögliche Auswirkung der Therapiedauer auf die Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) wird im ersten Abschnitt untersucht (vgl. 3.2.1.). Teil zwei (vgl. 3.2.2.) widmet sich den vier Therapierichtungen und den ermittelten Erfolgswerten (F1-F4).

### 3.2.1. Erfolgsraten und Therapiedauer

Diese Analyse bezieht sich auf sämtliche Katamnesen mit Angaben zur Behandlungsdauer. Der Fokus liegt auf den möglichen Unterschieden der Abstinenzraten (F1-F4) in Abhängigkeit der Behandlungszeiträume. Eingegangen wird ebenfalls auf die in den geographischen Gebieten differenten Behandlungszeiten.

In 42 der 56 Programmen werden Angaben zur Behandlungsdauer gemacht. Die durchschnittliche Therapielänge über alle Studien beträgt 60.7 Tage (SD=53.1). Auf eine detaillierte Darstellung der Untersuchungen wird verzichtet; die Gesamtstichprobe wurde oben beschrieben. Eine Behandlung von bis zu 30 Tagen durchliefen 33.9% der Patienten. 21.4% der Probanden verweilten zwischen 31 und 90 Tagen in stationärer Behandlung. Für eine mittelfristige Behandlung von 91-180 Tagen entschieden sich 17.9% und eine Langzeitbehandlung von 181-365 Tagen wählten 1.8%. In 25% der Studien machten die Autoren keine Angaben zur Therapielänge.

In Tabelle 31 werden die durchschnittlichen Abstinenzraten bei den vier Modi in Abhängigkeit der Behandlungsdauer angegeben. Die Katamnesen mit einer Behandlung von 31-90 Tagen erreichen in allen Kategorien die höchsten Abstinenzraten. Am niedrigsten fällt die Abstinenzquote bei der einen Untersuchung mit langer Behandlungszeit (181-365 Tage) aus. Bei Anwendung der Kurzzeittherapie von 1-30 Tagen werden bei den Berechnungsweisen über die gesamte Population (F3 und F4) leicht höhere Werte erreicht als bei der mittelfristigen Therapiedauer von 91-180 Tagen (vgl. Tabelle 31).

**Tabelle 31: Durchschnittliche Abstinenzraten (F1-F4) und Behandlungszeiten**

Behandlungszeit	Abstinenz F1		Abstinenz F2		Abstinenz F3		Abstinenz F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>1-30 Tage</b>	5	39.7%	5	32.6%	13	43.8%	13	33.7%
<b>31-90 Tage</b>	1	73.0%	1	61.0%	12	49.1%	12	36.4%
<b>91-180 Tage</b>	2	64.9%	3	58.1%	9	42.4%	10	32.1%
<b>181-360 Tage</b>	----	-----	---	-----	1	20.0%	1	14.4%

Bei den Besserungsraten in Abhängigkeit der Behandlungsdauer können aufgrund mangelnder Daten nur die gemäss Modi F3 und F4 berechneten Werte berücksichtigt werden. Bei Einbezug der gesamten Population (F3 und F4) werden bei der sehr kurzen stationären Therapie von 1-30 Tagen die höchsten Besserungsraten erzielt. Die durchschnittlichen Besserungsraten zwischen der Therapie von 31-90 Tagen, der mittelfristigen Therapie von 91-180 Tagen und der Langzeittherapie von 181-365 Tagen unterscheiden sich wenig (vgl. Tabelle 32).

**Tabelle 32: Durchschnittlichen Besserungsraten (F1-F4) und Behandlungszeiten**

Behandlungszeit	Besserung F1		Besserung F2		Besserung F3		Besserung F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>1-30 Tage</b>	1	14.1%	1	10.9%	7	24.5%	8	18.1%
<b>31-90 Tage</b>	0	-----	1	-----	6	15.1%	6	9.8%
<b>91-180 Tage</b>	1	20.0%	2	9.7 %	6	19.0%	7	10.5%
<b>181-360 Tage</b>	----	-----	----	-----	1	15.0%	1	10.8%

Wie oben erwähnt beträgt die durchschnittliche Therapiezeit über alle Katamnesen 60.7 Tage (SD=53.1). Stark divergierend sind die Behandlungszeiträume in den verschiedenen Ländern. Die Schweiz nimmt mit 102.0 Tagen (SD=81.9) durchschnittlicher Behandlungsdauer die Spitze ein. Die in Deutschland gemessene Behandlungszeit von 69.2 Tagen (SD=39.0) deckt sich mit dem Mittel über die gesamte Population. Extrem niedrig sind die Therapiezeiträume im Angloamerikanischen Gebiet. Hier bleibt der Durchschnittspatient nur 25.6 Tage (SD=54.1) in stationärer Behandlung (vgl. Tab. 33).

**Tabelle 33: Durchschnittliche Behandlungszeiten in den verschiedenen Ländern und die entsprechenden Abstinenzraten nach F3 und F4**

Land	Abstinenz F3		Abstinenz F4		Behandlungszeit
	N	%	N	%	
<b>Schweiz</b>	7	38.2%	7	25.0%	102.0 Tage
<b>Deutschland</b>	20	54.8%	20	38.5%	69.2 Tage
<b>USA und England</b>	10	39.1%	10	30.0%	25.6 Tage

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass gemäss Berechnungsweise F4 die Therapie von 31-90 Tagen die höchsten Abstinenzwerte erreicht, während bei den Besserungsraten in der Kurzzeittherapie von 1-30 Tagen die besten Werte erzielt werden. Bei Bildung der Kategorie der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' wird mittels der Kurzzeittherapie eine Erfolgsrate von 51.8% erreicht. Bei einer Therapie-dauer von 31-90 Tagen gelten 46.2% als 'erheblich gebessert'.

### 3.2.2. Erfolgsraten und Therapiekonzepte

Die vier Therapiekonzepte wurden vorne vorgestellt. Da die Therapieprogramme in einigen Arbeiten mehr als ein Therapiekonzept beinhalten, werden Kombinationen geschaffen. Die prozentuale Verbreitung der Programme wird in Tabelle 34 dargestellt. Anschliessend werden die Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) in Abhängigkeit der differenten Konzepte betrachtet (vgl. Tabellen 35 und 36).

In 41 der insgesamt 56 Katamnesen werden Angaben zur angewandten Therapie gemacht. Bei der Verbreitung der einzelnen Therapiekonzepte überwiegt die Anwendung der eklektischen Breitbandtherapie mit 26.8%. Wird die eklektische Breitbandtherapie mit dem Konzept der Anonymen Alkoholiker kombiniert, finden sich nochmals 11 Studien (26.8%) mit der Ausrichtung auf diese beiden Therapieprogramme. Bei 7 Studien (17.1%) wurde nach den Grundsätzen der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie gearbeitet; in einem Fall wurde die Therapie mit dem Konzept der Anonymen Alkoholiker verbunden. Rein nach dem Konzept der Anonymen Alkoholiker wurde nur in 2 Institutionen gearbeitet (4.9%). Das Modell der kombinierten Therapie, bei der auf eine kurze stationäre Therapie eine längere Phase der ambulanten Nachsorge folgt, wurde in 6 Institutionen angeboten (14.6%).

**Tabelle 34: Verbreitung der Therapiekonzepte**

Therapiekonzept	N	Verteilung %
Eklektische Breitbandtherapie	11	26.8%
Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie	7	17.1%
Konzept der Anonymen Alkoholiker	2	4.9%
Kombinierte Therapie	6	14.6%
Eklektische und Verhaltenstherapie	3	7.3%
Eklektische Therapie und Konzept der Anonymen Alkoholiker	11	26.8%
Verhaltenstherapie und Konzept der Anonymen Alkoholiker	1	2.4%
Total	41	100.0%

In Tabelle 35 sind die Abstinenzraten (F1-F4) zu den zugehörigen Therapieprogrammen aufgelistet. Aufgrund der geringen Daten in der Kategorie der 'regulär Entlassenen' (F1 und F2) können nur die Werte über die gesamte Population (F3 und F4) berücksichtigt werden. Die mit der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie behandelten Patienten erreichen gemäss F3 mit einer durchschnittlichen Abstinenzrate von 51.4% das beste Ergebnis, knapp vor den mit der eklektischen Breitbandtherapie behandelten ehemaligen Patienten mit 51.2% Abstinenz. Bei Berechnungsweise nach F4 werden die höchsten Abstinenzraten beim Einsatz der eklektischen Breitbandtherapie mit 40.1% erzielt. An zweiter Stelle folgen die durch die verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie erreichten Abstinenzraten von 36.3% (F4). Diejenigen Patienten, welche sich für das Modell der kombinierten Therapie entschieden, konnten gemäss F3 in 42.9% bei F4 in 35.1% die Abstinenz einhalten.

**Tabelle 35: Durchschnittliche Abstinenzraten (F1-F4) und Therapieprogramme**

Therapiekonzept	Abstinenz F1		Abstinenz F2		Abstinenz F3		Abstinenz F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Eklektische Therapie	1	75.8%	2	70.5%	10	51.2%	11	40.1%
Verhaltenstherapie	3	68.0%	3	50.7%	7	51.4%	7	36.3%
Konzept der AA	----	-----	----	-----	2	31.9%	2	24.5%
Kombinierte Therapie	2	54.1%	2	40.8%	3	42.9%	4	35.1%
Eklektische und VT	----	-----	----	-----	3	41.2%	3	32.5%
Eklektische und AA	3	35.2%	3	43.7%	9	48.4%	9	35.5%
VT und AA	----	-----	----	-----	1	36.0%	1	31.3%
Durchschnitt über alle	9	59.6%	10	50.6%	34	47.6%	37	36.1%

Am niedrigsten liegen die Werte mit einem Durchschnitt von 31.9% Abstinenz (F3) bzw. 24.5% (F4) beim Konzept der Anonymen Alkoholiker. Bei der Therapie nach dem Ansatz der Anonymen Alkoholiker kann eine Steigerung der Abstinenzraten durch Kombination mit einer Form der Breitbandtherapie erreicht werden.

Es kristallisiert sich in vorliegender Arbeit heraus, dass bei Behandlung mit einer der beiden Breitbandtherapien (eklektische oder verhaltenstherapeutische) gemäss F3 und F4 die höchsten durchschnittlichen Abstinenzwerte erreicht werden. Die Breitbandtherapien beinhalten mehrere Elemente, die sich zu einem Ganzen zusammenfügen. Das Gesamtkonzept der Breitbandtherapien bestehen aus Elementen, welche derselben Therapierichtung entnommen sind und bringen gute Ergebnisse hervor.

**Tabelle 36: Durchschnittliche Besserungsraten (F1-F4) und Therapieprogramme**

Therapieform	Besserung F1		Besserung F2		Besserung F3		Besserung F4	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Eklektische Therapie</b>	0	-----	1	27.9%	6	15.7%	7	11.0%
<b>Verhaltenstherapie</b>	2	12.0%	2	9.5%	5	15.3%	5	10.2%
<b>Konzept der AA</b>	0	-----	0	-----	2	20.5%	2	15.0%
<b>Kombinierte Therapie</b>	0	-----	0	-----	1	40.2%	1	35.8%
<b>Eklektische und VT</b>	---	-----	---	-----	1	24.2%	1	19.6%
<b>Eklektische und AA</b>	2	49.5%	2	42.3%	9	23.2%	9	16.1%
<b>VT und AA</b>	0	-----	---	-----	0	-----	0	-----
<b>Durchschnitt über alle</b>	4	30.5%	5	26.3%	24	20.2%	25	14.3%

Während sich bei der Ermittlung der Abstinenzwerte die eklektische und verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie als die erfolgreichsten erwiesen, sind die Besserungsraten von Patienten, welche mit einer dieser Therapien behandelt wurden, gemäss F3 und F4 am niedrigsten. Bei der eklektischen Breitbandtherapie wird über die Berechnungsform F3 ein durchschnittlicher Besserungswert von 15.7% erreicht. Bei der Berechnungsweise über F4 sinkt der Wert auf 11.0%. In den fünf Untersuchungen, welche sich nach dem Konzept der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie richteten, wurden Besserungswerte von 15.3% (F3) und 10.2% (F4) erzielt. Die höchsten Raten erreichten bei den sich im Trinkverhalten 'Gebesserten' diejenigen Patienten, welche sich für die kombinierte Therapie entschieden (nach F3 40.2% und F4 35.8%). Erstaunlich hoch sind die durchschnittlichen Besserungsraten in den Katamnesen mit der Behandlung nach dem Konzept der Anonymen Alkoholiker (20.5% gemäss F3, 15.0% nach F4). Ebenso günstig wirkte sich eine Kombination der eklektischen Breitbandtherapie mit der Behandlung nach Grundsätzen der Anonymen Alkoholiker auf die durchschnittlichen Besserungsraten aus (vgl. Tabelle 36).

Zusammenfassend kann hinsichtlich der Berechnungsart F4 ausgesagt werden, dass mit den beiden Breitbandtherapien (eklektische und verhaltenstherapeutische) die höchsten Abstinenzraten erzielt wurden, während diese Programme bei den Besserungsraten die tiefsten Werte erreichten. Patienten, welche sich für die kombinierte Therapie entschieden, erzielten sowohl bei den Abstinenz- als auch bei den Besserungsraten die besten Werte. Das Konzept der Anonymen Alkoholiker kann in Verbindung mit einer Breitbandtherapie die Erfolgsraten deutlich erhöhen.

Wird das Kriterium der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' gebildet, gelten gemäss F4 in der eklektischen Breitbandtherapie 51.1%, in der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie 46.5% als 'erheblich gebessert'. Die höchste Erfolgsquote wird mittels der kombinierten Therapie mit 70.9% 'erheblich Gebesserten' erreicht, während beim Ansatz der Anonymen Alkoholiker nur 39.5% dieser Kategorie zugeordnet werden können.

Bei der Interpretation der Wirksamkeit von einzelnen Therapieprogrammen ist Vorsicht geboten. Wie bei der Untersuchung der Auswirkung von Therapiedauer auf Abstinenzwerte gilt es auch hier zu beachten, dass das 'Therapiekonzept' nur eine Komponente im Gefüge der einwirkenden Variablen darstellt. Die unterschiedlichen Studienmerkmale der einzelnen Katamnesen (Ausschöpfungsquote, Katamnese-dauer und Behandlungszeit) sowie die soziodemographischen und suchtspezifischen anamnestischen Daten wirken sich ebenfalls auf die Erfolgsindikatoren aus. Somit kann nicht geklärt werden, in welchem Ausmass die Erfolgsquoten auf das 'Therapiekonzept' zurückzuführen sind.



## 4. Diskussion und Ausblick

**Einleitung:** Das Grundanliegen dieser systematischen Uebersichtsarbeit besteht in der Analyse der generellen und differentiellen Wirksamkeit psychologisch fundierter Therapien aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und Angloamerika. Die Kostenträger der Therapien wie Krankenkassen und Versicherungen üben bei knapper werdenden finanziellen Ressourcen stärkeren Druck auf die Behandlungsstätten aus, ihre Therapie zu evaluieren. Das wesentliche Ziel dieser Arbeit besteht in der Evaluation der Erfolgsraten (Abstinenz- und Besserungsraten) ausgewählter Katamnesen von Institutionen, welche Alkoholabhängige stationär behandeln. Eine weitere Fragestellung betrifft den Vergleich der Erfolgszahlen aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und USA mit der Forel-Klinik. Ferner werden die Erfolgskriterien der Forel-Klinik denjenigen der 'VDR-Studie' gegenübergestellt. Mögliche geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der nachklinischen Erfolgsraten werden geprüft. Der Verlauf der Abstinenz- und Besserungsraten bei zunehmender Katamnesedauer bildet ebenfalls eine Fragestellung. Im Zuge der differentiellen Wirksamkeit werden Therapielänge und Therapieform in Verbindung mit den Erfolgsindikatoren betrachtet.

**Stand der Literatur:** Die erste Uebersichtsarbeit, in welcher die **generelle Wirksamkeit** der stationären Therapie anhand von Katamnesen untersucht wurde, legte Emrick (1974) vor. Im Zuge seiner Analyse stellte er mit seiner 'Ein-Drittel-Faustregel' eine Richtlinie auf. Selbst heute noch wird diese Faustregel von vielen Autoren zitiert und auf ihre ermittelten Erfolgsraten des nachklinischen Trinkverhaltens übertragen. Die Untersuchung von Emrick (1974) weist jedoch methodische Mängel auf.

Methodische Korrekturen und Differenzierungen nahmen Baekeland & Lundwall (1975) in ihrer Literaturübersicht anhand von 30 Katamnesen vor. Sie berechneten die Erfolgsraten zweifach. In die erste Analyse wurden alle Patienten einbezogen, in der zweiten wurde der Datenschwund berücksichtigt und damit die Erfolgsrate nach unten korrigiert. Die Autoren weisen ebenso auf unterschiedliche Patientenselektionen der Studien hin und die daraus resultierende Einschränkung bezüglich der Vergleichbarkeit der Studien.

Ins Blickfeld der Uebersichtsarbeiten geriet nun die **differentielle Wirksamkeit** der stationären Behandlung. In diesem Bereich stammt die erste Arbeit ebenso von Emrick (1975). Er konnte bei der Evaluation der Erfolgsraten keinen Unterschied hinsichtlich der verschiedenen Behandlungsmethoden feststellen. Fraglich bei dieser Studie ist die Vergleichbarkeit der Behandlungsbedingungen (vgl. Olbrich & Watzl, 1978). Die bisher umfangreichste narrative Literaturzusammenfassung lieferten Miller & Hesters (1980, 1986a). Bei der Untersuchung von insgesamt 900 Untersuchungen zur Wirksamkeit von mehr als 20 differenten Behandlungsmethoden kamen sie zur Erkenntnis, dass die beiden Phasen 'Herbeiführen von Verhaltensänderungen' (wie z.B. Abstinenz) und 'Aufrechterhalten der Veränderungen' innerhalb einer stationären Therapie unterschieden werden müssten.

Ebenfalls aus den USA stammt die nächste, grosse Katamneseübersicht. Die Rand Corporation gab zur Frage der Alkoholbehandlung in Einrichtungen des 'National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA)' zwei Forschungsberichte heraus. Armor et al. (1976) untersuchten nach einer Katamnesezeit von 18 Monaten eine Stichprobe von 1340 Personen aus 8 verschiedenen Institutionen. 24.0% lebten bei der Katamnesebefragung seit wenigstens 6 Monaten abstinent, 21.0% wurden als 'Normaltrinker' bezeichnet und 41.0% galten als 'Problemtrinker'. Bei der Nachbefragung der selben Stichprobe von Polich et al. (1980) nach vier Jahren sanken die entsprechenden Erfolgsraten. In vier Jahren schafften es gerade mal 9.0% aller behandelten Patienten die Abstinenz über den gesamten Katamnesezeitraum einzuhalten. Im Rahmen der differentiellen Wirksamkeit stellten die Autoren fest, dass die Effektunterschiede zwischen der Gruppe der behandelten Patienten und den nicht Behandelten gering waren, was eine Ernüchterung in Bezug auf die Effektivität der Behandlungen mit sich bringt. Allerdings konnte festgestellt werden, dass zwischen der Behandlungsintensität und dem Trinkverhalten ein mässig starker Zusammenhang besteht. Methodische Probleme ergeben sich bei dieser Studie gemäss Süss (1988) v.a. dadurch, weil die Behandlungsabbrecher nicht als eigene Gruppe definiert wurden.

Moos et al. (1981, 1982) untersuchten eine Stichprobe von 505 Patienten, die in fünf verschiedenen Therapieeinrichtungen behandelt wurden, bezüglich der Behandlungsmerkmale. Eine Weiterführung fand diese Untersuchung in der Analyse von Finney et al. (1980). Sie berücksichtigen zusätzlich die Teilnahme an Nachsorgemassnahmen, Merkmale zu Kohäsion, Konflikten, Kontrolldimensionen in Familien und kritische Lebensereignisse während des Katamnesezeitraums. Der Anteil Abstinenter (mindestens 1 Monat abstinent bei Befragung) betrug bei der Katamnese nach 6 Monaten 68.0%, sank bei der 2-Jahreskatamnese auf 40.0%. Als unbedeutend erwies sich die Teilnahme an den Nachsorgeterminen in der 2-Jahreskatamnese. Kritisiert werden müssen bei dieser Untersuchung die Gemeinsamkeiten der untersuchten Behandlungsprogramme. Die Selektionseffekte bei Behandlungsaufnahme erweisen sich als wichtiger als die Unterschiede zwischen den Behandlungsprogrammen (vgl. Süss, 1988).

Klink et al. (1984) verwendeten einen ähnlichen Ansatz, um aus Daten einer Deutschen klinikübergreifenden, retrospektiven Katamnesebefragung die Kriterienvarianz vorherzusagen. Einbezogen wurden Patienten aus fünf Einrichtungen mit vorwiegender Langzeitbehandlung. Nach 18 Monaten konnten 66.0% als abstinent bezeichnet werden, 10.8% galten als abstinent nach Rückfall. Als hoch erwies sich die erklärte Varianz der sozialen und beruflichen Situation nach Behandlungsende und diejenige der Nachsorgemassnahmen.

Die fundierteste und umfassendste Studie zur stationären Therapie Alkoholabhängiger im Deutschen Raum stammt von Küfner et al. (1986). In dieser von den Deutschen Versicherungsträgern in Auftrag gegebenen Studie ('VDR-Studie') umfasst die Ausgangsstichprobe 1410 alkoholabhängige Patienten. Bei einer Katamnesedauer von 6 Monaten betrug die Abstinenzrate der Katamnesebeantworter 66.9%, bei Befragung nach 18 Monaten noch 53.8%. Als 'gebessert'

konnten 11.2% in Katamnese I und 8.5% in Katamnese II eingestuft werden. Die Autoren stellten die Frage, welche Behandlungsmassnahmen bei welchem Patienten zu welchen Behandlungsergebnissen führen, ins Zentrum. Ein wichtiger Auswertungsschritt bestand in der Bestimmung eines Prognoseindex. Süss (1988) identifizierte die methodische Hauptschwäche im Nichtvorhandensein eines Auswertungsmodells für den Gesamtdatensatz.

Die ersten Meta-Analysen stammen von Costello (1975, 1980) und Costello et al. (1977). Costello (1975) entwickelte Analysetechniken, um Literaturergebnisse zu aggregieren und die Auswirkung auf Patientenselektionseffekte und die Bedeutung von Nachsorgemassnahmen für den Behandlungserfolg zu prüfen. Das Einsetzen von stärkeren Patientenselektionskriterien wirkt sich in höheren Erfolgsraten in Bezug auf das Trinkverhalten aus. Weitere Ergebnisse weisen darauf hin, dass sich erfolgreiche Therapieprogramme durch intensive Behandlung mit mehr Behandlungselementen und günstigerem Personal-Patientenschlüssel auszeichnen. In einer weiteren Evaluationsstudie untersuchte Costello (1980) die Bedeutung von Nachsorgemassnahmen im Vergleich zur Behandlungsintensität. Das Modell stützt die Annahme, dass Behandlungsmerkmale 11% Varianz am Kriterium erklären, wobei 6% durch direkte Behandlungsmassnahmen und 5% durch indirekte Nachsorgemassnahmen zu erklären sind.

Die aktuellste Meta-Analyse im Deutschen Sprachraum verfasste Süss (1995). Bei der Untersuchung der generellen und differentiellen Wirksamkeit von psychologisch fundierten Alkoholismustherapien anhand von 44 Untersuchungen wandte Süss (1995) einen hohen methodischen Standard an. Als evident erklärt er die methodologische Unterscheidung von experimentellen und nicht-experimentellen Untersuchungen, die Herkunft der Studien und die damit verbundene Frage nach Unterschieden in der Struktur der jeweiligen Behandlungsnetze, den Behandlungsmethoden, Aufnahmekriterien sowie Erfolgskriterien und Berechnungsgrundlagen. Bei der Ermittlung der generellen Wirksamkeit übernahm er die Forderungen der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985) nach Differenzierung in den Berechnungsarten. Die Auswirkung dieser Differenzierung wird bei den Resultaten deutlich ersichtlich: Während in der besten Kategorie, in der nur planmässig entlassene Patienten berücksichtigt wurden (F1), nach einer Katamnesezeit von 14.0 Monaten 47.9% als abstinent galten, sank dieser Wert bei der Berechnungskategorie über die gesamte Population, welche die nicht-erreichten den Rückfälligen zuordnet, auf 34.0% (F4). Bei den Ergebnissen zur differentiellen Wirksamkeit unterschied Süss (1995) die Erfolgsquoten der vier Behandlungskonzepte 'Eklektische Standardtherapie', 'Verhaltenstherapeutische Standardtherapie', 'Minimaltherapie' und 'Disulfiram-Therapie'. Dabei wirkte sich die verhaltenstherapeutische Standardtherapie um 11% bis 14% erfolgreicher aus als die eklektische Standardtherapie, diese wiederum erreichte bessere Abstinenzquoten als die Disulfiram- und Minimaltherapie. Da sich das Kodiersystem als viel zu differenziert erwies, konnte ein Ziel der Meta-Analyse, das in der Vorhersage der prognostischen Relevanz von Personen-Merkmalen bestand, nicht erreicht werden.

**Methodische Probleme:** Die Literaturübersicht hat gezeigt, dass die Ergebnisse der Evaluationsstudien durch methodische Mängel teilweise erheblich verzerrt sind. Als stark verbreitete Mängel haben sich v.a. folgende drei methodische Schwächen herausgestellt: 1. Kriterienmasse, die nicht eindeutig sind, 2. differente Verrechnung von Abbrecherquoten und Datenschwund und 3. kontaminierende Effekte der Patientenselektion und Intensität bzw. Vielseitigkeit der Behandlung. Die Auflistung weiterer in der Katamneseforschung verbreiteter Mängel fasste Süss (1988) zusammen. In den USA haben Sobell et al. (1978) und Caddy (1980) ein Evaluationsmodell als Prototyp für eine adäquate Ergebnisevaluation von Alkoholismustherapie geschaffen. Auch in Deutschland wurden Verbesserungsvorschläge unterbreitet. Die Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 1985) formulierte konkrete Katamnese Standards. Ihre Priorität liegt bei der differenzierten Erfassung des Suchtmittelverhaltens. Angaben über Patientenmerkmale zur beruflichen und sozialen Integration werden vernachlässigt. Ihr 'Modell' weist beträchtliche Mängel auf, bringt aber durch die Forderung, beim Kriterium des Suchtmittelgebrauchs müssten die Erfolgsquoten vierfach berechnet werden, ein wichtiges, die Qualität der Erfolgszahlen in Bezug auf das Trinkverhalten stark verbesserndes, methodisches Kriterium hervor.

**Fragestellungen der vorliegenden systematischen Uebersichtsarbeit:** Das Ziel dieser Studie besteht - wie erwähnt - in der Untersuchung der generellen und differentiellen Wirksamkeit psychologisch fundierter Therapien anhand von ausgesuchten Studien aus den drei Gebieten Schweiz, Deutschland und Angloamerika. Die nachklinischen Erfolgswerten der Forel-Klinik (vgl. Sieber et al., 2004) werden besonders beleuchtet. Folgende Fragestellungen werden in diesem Zusammenhang untersucht:

1. Wie hoch sind die Erfolgsraten (Abstinenz- und Besserungsraten) aller erfassten Studien?
2. Bestehen Unterschiede hinsichtlich der Erfolgsraten in den Studien aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und USA?
3. Welche Unterschiede bestehen beim Vergleich der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik mit den drei Ländern und der 'VDR-Studie'?
4. Bestehen geschlechtsspezifische Unterschiede bezüglich der Erfolgsraten bei der Berechnung über alle Studien?
5. Sinken die Abstinenz- und Besserungsraten der Untersuchungen mit Zunahme der Katamnesedauer?
6. Sind die Erfolgsraten der erfassten Katamnesen abhängig von der Behandlungsdauer?
7. Unterscheiden sich die differenten Behandlungsansätze (eklektische Breitbandtherapie, verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie, Behandlung nach den Grundsätzen der Anonymen Alkoholiker, kombinierte Therapie aus stationären und ambulanten Elementen) hinsichtlich der Erfolgsraten in den Studien?

**Auswahlkriterien der Studien:** Es sollten alle Studien einbezogen werden, welche zum Thema der generellen und differentiellen Wirksamkeit stationärer Therapien bei Alkoholabhängigen bis zum Stichtag (1.7.02) in der Schweiz, Deutschland und

Angloamerika publiziert wurden. Die Studie von Sieber et al. (2004) wurde nach diesem Stichtag publiziert und dennoch in den Datenpool aufgenommen. Diese Katamnese wertet mehrere Katamneseergebnisse der Forel-Klinik, welche in verschiedenen Teilpublikationen publiziert wurden, integral aus. Ausgeschlossen wurden Katamnesen, welche den Selektionskriterien nicht genügten. Ebenso nicht berücksichtigt werden konnten viele Katamnesen aufgrund inhaltlicher Kriterien.

**Literaturrecherche:** Die Literaturrecherche erfolgte computergestützt in den Datenbanken PSYCHINFO, PSYINDEX und PUBMED zum Untersuchungsgegenstand. Von den auf diese Weise erfassten 587 Untersuchungen konnten 548 nicht ausgewertet werden. Nach der methodischen und inhaltlichen Studienselektion blieben 39 Untersuchungen übrig. 17 Katamnesen, welche den Literaturverzeichnissen weiterführender Literatur entnommen wurden, konnten dem Datenpool hinzugefügt werden. Insgesamt werden 56 zu analysierende Katamnesen gezählt (vgl. Tabelle 1).

**Charakterisierung der 56 Studien:** Die durchschnittliche Stichprobengrösse über alle Personen, welche sich in stationäre Behandlung begaben, umfasst 502 Personen. 373 Personen nahmen im Durchschnitt an den Katamnesebefragungen teil. Die Ausschöpfungsquote liegt nach einer Katamnese-dauer von durchschnittlich 16.5 Monaten bei 72.8%. Zum Zeitpunkt des Klinikeintrittes gaben die ehemaligen Patienten folgenden Zivilstand an: 43.9% 'verheiratet', 23.8% 'alleine lebend', 27.5% 'geschieden oder getrennt' und 3.7% 'verwitwet'. Die Arbeitslosenquote betrug bei Klinikeintritt 26.0%. Durchschnittlich 60.7 Tage verbrachten die Patienten in stationärer Behandlung. Die Mortalitätsrate beträgt 3.6%.

**Katamnesen aus den drei Ländern:** Die Patienten der 7 Katamnesen aus der Schweiz verbrachten durchschnittlich 102.0 Tage in stationärer Behandlung bei einer Katamnese-dauer von 16.6 Monaten. In den 18 Katamnesen aus Deutschland mit Angabe der Therapiedauer betrug die durchschnittliche stationäre Behandlungsdauer 69.2 Tage. Allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bei der 'kombinierten Therapieform' nur die stationäre Behandlungsdauer erfasst wurde. Würde die meist längere ambulante Nachsorgezeit berücksichtigt, ergäbe sich ein höherer durchschnittlicher Wert der Behandlungsdauer. Die Nachbefragung fand in den Deutschen Katamnesen nach 16.8 Monaten statt. Die ehemaligen Patienten der 17 Angloamerikanischen Katamnesen mit Angabe der Therapiedauer verliessen die Klinik nach durchschnittlich nur 25.6 Tagen. Die Daten der Angloamerikanischen Patienten wurden nach 16.0 Monaten katamnestic erfasst. In der Forel-Klinik dauerte die Therapie durchschnittlich 93.8 Tage. Die ehemaligen Patienten der Forel-Klinik wurden nach 26.8 Monaten relativ spät nachuntersucht.

Zusammenfassend stellen wir fest, dass die in den drei Ländern erfassten alkoholabhängigen Personen in vieler Hinsicht ähnlich sind. Deutliche Unterschiede bestehen jedoch in der Behandlungsdauer, welche in den USA-Studien am kürzesten und in den Schweizer Untersuchungen am längsten ist.

**Erfolgskriterien:** Als abhängige Variable werden die nachklinischen Abstinenz- und Besserungswerte definiert. Die dauerhafte Abstinenz im gesamten Katamnesezeitraum wird im ersten Erfolgskriterium erfasst. Als zweites Erfolgskriterium wird eine erhebliche Besserung des Trinkverhaltens im gesamten Katamnesezeitraum festgelegt.

Probleme ergeben sich hinsichtlich der Auswertung beim Kriterium der 'Gebesserten'. Die Interpretation der Kategorie von ehemaligen Patienten, welche sich bezüglich des Trinkverhaltens gebessert haben, erweist sich als schwierig. Während das Kriterium der absoluten Abstinenz, bei dem auch ein einmaliger Rückfall als Misserfolg gewertet wird, eindeutig ist, umfasst die Gruppe der 'Gebesserten' ein weites Feld. Die Kategorie der 'Gebesserten' enthält u.a. die 'kontrolliert Trinkenden'. Patienten, welche nach einem stationären Aufenthalt zwar mässig trinken, jedoch soziale Verbesserungen erreichen, werden häufig dieser Gruppe zugeteilt. Sogar Personen, welche ein bis zwei Rückfälle erlitten, gelten in einigen Studien als 'gebessert'. Durch die Vielfalt der Definition dieses Kriteriums wird dessen Interpretation schwierig. Dringend geboten ist daher eine Vereinheitlichung der Erfolgskriterien.

Als unabhängige Variablen werden folgende Grössen definiert: Landtyp, Geschlecht, Katamnesezeitraum, Behandlungsdauer und Behandlungsart. Weitere Erfolgskriterien wie Gesundheit, psychosoziale Situation, Berufstätigkeit, Grad der Invalidisierung konnten aufgrund der fehlenden Angaben in den Katamnesen nicht berücksichtigt werden (vgl. Kodiersystem).

**Auswertung der Studien:** Ein adäquates Kodiersystem zu finden, brachte Schwierigkeiten mit sich. Alle berücksichtigten Studien wurden nach dem Kodiersystem von Neumer (1993) ausgewertet. Es beinhaltet 126 Items in den Bereichen: Studienmerkmale, soziodemographische Merkmale, Suchtgeschichte, Behandlungsmerkmale, Suchtmittelverhalten nach der Therapie. Das System von Neumer (1993) erwies sich als zu ausführlich und wurde so gut wie möglich an diese Arbeit angepasst. Die grösste Problematik widerspiegelte sich im Angebot zu vieler Kategorien, welche denselben Themenbereich betreffen. Bei den suchtspezifischen anamnestischen Daten zeigte sich dies deutlich. Während der eine Autor die mittlere Abhängigkeit in Jahren als Merkmal für die Alkoholabhängigkeit angab, wählte der nächste die durchschnittliche Menge konsumierten reinen Alkohols in g/Tag vor Behandlungsbeginn. In weiteren Untersuchungen bildete der Anteil Polytoxikomaner oder die Anzahl vorher durchlaufener stationärer Behandlungen das Kriterium für die Ausprägung der Alkoholabhängigkeit. Durch das grosse Angebot an Kategorien, welche die Alkoholabhängigkeit beschreiben, fanden sich bei den betreffenden Items kleine Datenmengen, die an Aussagekraft verloren und nicht ausgewertet werden konnten. Eine Detail-Analyse des nachklinischen Trinkverhaltens von Schwerstsüchtigen oder weniger stark Abhängigen konnte dadurch nicht realisiert werden.

Eine weitere Schwierigkeit ergab sich aus teilweise ungenauen und ungenügenden Angaben seitens der Autoren. Neumer (1983) unterschied z.B. im Zivilstand zwischen 'verheiratet', 'ledig', 'geschieden oder getrennt' und 'verwitwet'. Manche

Autoren erfassten den Zivilstand der Patienten nicht vollständig und gaben nur die Rate der Verheirateten an. Damit wird die Aussagekraft dezimiert. Soll zum Beispiel das nachklinische Trinkverhalten von Verheirateten versus Geschiedenen bzw. Getrennten betrachtet werden, kann eine Analyse des nachklinischen Trinkverhaltens von Verheirateten versus Geschiedenen oder Getrennten nicht vorgenommen werden.

Ich halte daher die Bildung eines neuen, von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS) anerkannten Kodiersystems für unumgänglich. Dieses sollte auf die Anforderungen der Katamneseforschung im Bereich der generellen und differentiellen Wirksamkeit eingehen, ohne jedoch zu sehr ins Detail zu gehen. Damit eine Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen erreicht werden kann, müssen die Zahl der formulierten Kategorien reduziert, Mindeststandards definiert und methodische Festlegungen vorgenommen werden. Andererseits sollten sich die Fachkliniken zu Mindeststandards verpflichten, welche die Erfassung eines minimalen Datensatzes gewährleisten.

## **Ergebnisse**

### **Abstinenz- und Besserungsraten (Fragestellung 1)**

**Abstinenzraten:** Bei der Berechnung der Abstinenz- und Besserungsraten werden in der Diskussion nur noch die gemäss Modus F4 ermittelten Erfolgswerte berücksichtigt. Die generelle Wirksamkeit liegt in allen vier Berechnungsmodi (F1-F4) über der 'Ein-Drittel-Quote'. Die durchschnittliche Abstinenzrate über die Studien beträgt gemäss dem 'konservativen' Modus F4 33.2% nach einer Katamnesezeit von 16.5 Monaten.

**Besserungsrate:** Als 'gebessert' gelten durchschnittlich 12.6% gemäss Modus F4. Bei Addition der beiden Kriterien können 45.8% (F4) als Patienten mit einem 'erfolgreichen Verlauf' betrachtet werden.

In dieser systematischen Uebersichtsarbeit wurde gemäss Berechnungsweise F4 eine durchschnittliche Abstinenzrate von 33.2% erzielt. Die Quote der 'Gebesserten' mit 12.6% (F4) erfüllt die Vorgabe von Emrick (1974) nicht. Die höhere Rate der 'Gebesserten' in der Analyse von Emrick (1974) könnte mit der Tatsache zusammenhängen, dass in seiner Untersuchung auch Patienten mit geringen Verbesserungen diesem Kriterium zugeteilt wurden.

Eine bessere Vergleichsbasis für die vorliegende Arbeit bietet die Meta-Analyse von Süss (1995). Nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 14.0 Monaten betrug die Abstinenzrate gemäss F4 34.0%. 6.7% der ehemaligen Patienten wurden als 'gebessert' eingestuft. Die Werte aus der vorliegenden Arbeit und der Meta-Analyse von Süss (1995) sind durchaus miteinander vergleichbar (vgl. Tabelle 37).

**Tabelle 37: Vergleich der Erfolgswerte (F4) in vorliegender Untersuchung und bei Süss**

	<b>Vorliegende Untersuchung</b>	<b>Meta-Analyse von Süss</b>
<b>Abstinenzrate (F4)</b>	33.2%	34.0%
<b>Besserungsrate (F4)</b>	12.6%	6.7%
<b>'Erfolgreicher Verlauf'</b>	45.8%	40.7%
<b>Behandlungsdauer</b>	60.7 Tage	111.3 Tage
<b>Katamnesedauer</b>	16.5 Monate	14.0 Monate
<b>Ausschöpfungsquote</b>	72.8%	Keine Angaben

### **Vergleich der Erfolgsraten über die drei Länder (Fragestellung 2)**

In den 7 Schweizer Untersuchungseinheiten wurde gemäss Berechnungsmodus F4 nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 16.6 Monaten eine Abstinenzrate von 25.0% ermittelt, 13.5% konnte ein 'gebessertes' Trinkverhalten attestiert werden. Die durchschnittliche Katamnesezeit über die 27 Deutschen Studien beträgt 16.8 Monate. Bei Berechnungen gemäss dem 'vorsichtigen' Modus F4 wurde eine Abstinenzrate von 40.0% erzielt. Ein 'gebessertes' Trinkverhalten erreichten 9.5% der Patienten (F4). Bei den 22 Angloamerikanischen Studien fand die Nachbefragung nach 16.0 Monaten statt. 29.8% der ehemaligen Patienten gelang es, über die gesamte Zeit die Abstinenz einzuhalten (F4); die entsprechenden Besserungsraten betragen 20.2%.

Die Abstinenzraten in den Deutschen Katamnesen sind gemäss Berechnungsform F4 höher als die entsprechenden Werte der Schweizer und Angloamerikanischen Katamnesen. Werden die Abstinenz- und Besserungsraten des jeweiligen Landes addiert und damit das wichtige Kriterium der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' geschaffen, kann in der Schweiz von 38.5% ehemaliger Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' gesprochen werden, während in Deutschland 49.5% und in den USA 50.0% einen in Bezug auf das Trinkverhalten günstigen Verlauf erreichten (vgl. Tabelle 38).

**Tabelle 38: Vergleich der Erfolgskriterien in den Schweizer, Deutschen und Angloamerikanischen Katamnesen**

	<b>Schweizer Studien (N=7)</b>	<b>Deutsche Studien (N=27)</b>	<b>Studien aus USA (N=22)</b>
<b>Abstinenzrate (F4)</b>	25.0%	40.0%	29.8%
<b>Besserungsrate (F4)</b>	13.5%	9.5%	20.2%
<b>'Erfolgreicher Verlauf' (F4)</b>	38.5%	49.5%	50.0%
<b>Behandlungsdauer</b>	102.0 Tage	69.2 Tage	25.6 Tage
<b>Katamnesedauer</b>	16.6 Monate	16.8 Monate	16.0 Monate
<b>Ausschöpfungsquote</b>	62.4%	70.3%	80.1%

Es stellt sich die Frage, weshalb in Deutschen Studien deutlich höhere Abstinenzraten gefunden wurden als in den Katamneseuntersuchungen aus Angloamerika. In der Meta-Analyse von Süss (1995) wurden in Deutschen Untersuchungen ebenso signifikant höhere Erfolgsraten nach stationärer Therapie erzielt. Diese hohen Abstinenzraten wurden bei einer Therapiezeit, die mehr als viermal länger (15.9 Wochen) war als die Behandlung in den anderen Ländern (v.a. USA und Grossbritannien), erreicht. In der vorliegenden Uebersichtsarbeit wurden die Patienten in den



Deutschen Studien durchschnittlich 2.7 mal länger behandelt als die Personen aus Angloamerikanischen Studien. Das Ergebnis von Süss (1995), welches aussagt, dass die Abstinenzraten bei längerer Therapiedauer signifikant höher ausfallen, wird im Fall des Vergleiches der entsprechenden Parameter in Deutschen und Angloamerikanischen Studien in dieser Arbeit bestätigt.

In der systematischen Uebersichtsarbeit schneiden die Schweizer Studien am ungünstigsten ab. Dies könnte mit der niedrigen Ausschöpfungsquote und der kleinen Anzahl Studien in Zusammenhang gebracht werden. Die lange Behandlungsdauer von 102 Tagen könnte zudem darauf hinweisen, dass es sich bei den Schweizer Studien um Patienten mit ungünstigerer Prognose handelt. Dies führt zur Frage nach den soziodemographischen und suchtspezifischen Merkmalen. Bezüglich der soziodemographischen Merkmale ist der Anteil Arbeitsloser in den Schweizer Studien mit durchschnittlich 32.3% am höchsten, während in Deutschland 24.0% und in Angloamerika 27.8% ohne Arbeit waren bei Klinikeintritt. Küfner et al. (1986) haben nachgewiesen, dass die Arbeitslosigkeit einen nachweisbaren ungünstigeren Effekt in Hinsicht auf das Einhalten der Abstinenz darstellt. Höher liegt in der Schweiz der Anteil der Ledigen im Vergleich zu den Studien aus Deutschland und den USA. Auf den protektiven Einfluss einer Ehe oder Partnerschaft zumindest bei Männern in Bezug auf die Rückfallgefahr wird in Fragestellung 4 eingegangen (vgl. Sieber et al. 2002).

Die günstigsten suchtspezifischen Parameter und damit auch gute Aussichten in Bezug auf die nachklinischen Erfolgsraten werden in Deutschland verzeichnet, während die entsprechenden Daten in den Schweizer Untersuchungen mit einem sehr hohen Anteil von Patienten mit vorangegangener stationärer Behandlung auf eine stärkere Ausprägung der Abhängigkeit vor Behandlungsbeginn und damit auf schwierigere Ausgangsverhältnisse hinweisen.

Es bestehen Anzeichen, dass die Patienten der Schweizer Studien eher prognostisch ungünstigere Risikofaktoren aufweisen. Aufgrund des mangelnden Datenmaterials (fehlende Angaben in den Untersuchungen und wenige Studien) kann dies nicht näher geklärt werden.

### **Erfolgsraten der Forel-Klinik (Fragestellung 3)**

Nach einer durchschnittlichen Katamnesezeit von 26.8 Monaten hielten gemäss dem 'konservativen' Modus F4 20.2% der ehemaligen Patienten der Forel-Klinik die Abstinenz ein. Ein gebessertes Trinkverhalten konnte 18.1% (F4) der ehemaligen Patienten attestiert werden. Werden die in der Forel-Klinik erreichten Erfolgsraten den Abstinenz- und Besserungsraten der 6 weiteren Schweizer Katamnesen gegenübergestellt, liegt die Abstinenzquote der restlichen Schweizer Untersuchungen gemäss Modus F4 mit 25.8% leicht über dem Wert der Katamnese aus der Forel-Klinik (20.2%). Was die Besserungsraten angeht, übertreffen die Werte aus der Forel-Klinik gemäss F4 mit 18.1% 'Gebesserten' - trotz einer beträchtlich längeren Katamnesedauer von 26.8 Monaten (versus 15.0 Monate bei den 6 Studien) -

deutlich die entsprechenden Werte (12.5%) aus den restlichen Schweizer Katamnesen (vgl. Tab. 39).

**Tabelle 39: Uebersicht der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik, den drei Ländern und der 'VDR-Studie'**

	Studie der Forel-Klinik	Schweizer Studien <sup>1</sup>	Studien aus Deutschland	Studien aus den USA	'VDR-Studie'
<b>Abstinenzrate F4</b>	20.2%	25.8%	40.0%	29.8%	43.1%
<b>Besserungsrate F4</b>	18.1%	12.5%	9.5%	20.2%	6.9%
<b>'Erfolgreicher Verlauf F4'</b>	38.3%	38.3%	49.5%	50.0%	50.0%
<b>Abstinenzrate F3</b>	38.6%	38.1%	55.1%	37.9%	53.2%
<b>Besserungsrate F3</b>	34.7%	19.4%	12.6%	25.8%	8.5%
<b>'Erfolgreicher Verlauf F3'</b>	73.3%	57.5%	67.7%	63.7%	61.7%
<b>Behandlungsdauer</b>	93.8 Tage	103.3 Tage	69.2 Tage	25.6 Tage	Minimum.: 6 W. Maximum: 6 M.
<b>Katamnesedauer</b>	26.8 Monate	15.0 Monate	16.8 Monate	16.0 Monate	18.0 Monate
<b>Ausschöpfungsquote</b>	53.0%	64.0%	70.3%	80.1%	81.0%

<sup>1</sup> Im Datensatz der Schweizer Studien wurde zu Vergleichszwecken die Forel-Studie ausgeschlossen.

Beim Vergleich der Patientenraten mit 'erfolgreichem Verlauf' aus der Forel-Klinik mit den Werten aus den Deutschen und Angloamerikanischen Katamnesen weist die Forel-Klinik gemäss F4 mit einer Quote von 38.3% ehemaliger Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' deutlich niedrigere Werte auf. In Deutschland gelten 49.5% der ehemaligen Patienten als 'erheblich gebessert' und in den USA können 50.0% diesem Kriterium zugeordnet (vgl. Tabelle 38).

Diese relativ tiefen Erfolgsraten bei der Berechnungsweise nach 'konservativem' Modus F4 muss in Zusammenhang mit der geringen Ausschöpfungsquote von 53.0% in der Forel-Klinik gesehen werden. Bei Berechnung der Erfolgsquoten mittels dem 'wohlwollendem' Modus F3 erreichen die ehemaligen Patienten der Forel-Klinik mit 73.3% die höchste Rate an Personen, die ihr Trinkverhalten 'deutlich verbessern' konnten. In Deutschland können 67.7% der ehemaligen Patienten als 'deutlich gebessert' betrachtet werden, in Angloamerika 63.7%. In den Schweizer Studien liegt der Prozentsatz derjenigen Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' (57.5%) gemäss F3 am niedrigsten (vgl. Tabelle 38). Bei der Gegenüberstellung der nachklinischen Abstinenz- und Besserungsraten muss ebenso die lange Katamnesedauer der Forel-Klinik von 26.8 Monaten berücksichtigt werden. Im Deutschen Raum wurden die ehemaligen Patienten nach 16.8 Monaten, im Angloamerikanischen nach 16.0 Monaten befragt.

## **Vergleich der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik mit den anderen Studien (F4)**

### **1. Schweizer Studien:**

#### **Forel-Klinik**

Abstinenzraten: In Anbetracht der längeren Katamnesezeit etwa gleich  
Besserungsraten: Höher  
'Erfolgreicher Verlauf': Eher besser

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| <p><b>2. Deutsche Studien:</b></p>    | <p>Abstinenzraten: Deutlich niedriger, selbst bei Berücksichtigung von längerer Katamnese-dauer</p> <p>Besserungsraten: Deutlich höher</p> <p>'Erfolgreicher Verlauf': Nicht eindeutig; gemäss F4 niedriger, bei F3 höher</p> |
| <p><b>3. Studien aus den USA:</b></p> | <p>Abstinenzraten: Tendenziell niedriger</p> <p>Besserungsrate: Etwa gleich hoch</p> <p>Erfolgreicher Verlauf: Nicht eindeutig; gemäss F4 niedriger, bei F3 höher</p>   |

Zusammenfassend kann festgestellt werden, dass die Forel-Klinik bezüglich der Erfolgsraten tendenziell besser als die Schweizer Studien, tendenziell schlechter als die Studien aus Deutschland und den USA abschneidet.

Der Vergleich der Erfolgsraten gemäss F4 zwischen der Katamnese aus der Forel-Klinik und der 'VDR-Studie' zeigt auf, dass die Abstinenzrate in der 'VDR-Studie' höher ist. In der 'VDR-Studie' gelang es 43.1% der Patienten nach einer Katamnesezeit von 18 Monaten die Abstinenz einzuhalten. Die durchschnittliche Anzahl von Personen, welche in der Forel-Klinik über 26.8 Monate die Abstinenz einhalten konnten, beträgt 20.2%.

Bei dem Kriterium der Personen mit 'erfolgreichem Verlauf' gemäss F4 liegt der Wert der Studie aus der Forel-Klinik mit 38.3% 'deutlich Gebesserten' hinter der entsprechenden Rate (50.0%) der 'VDR-Studie'. Wird gemäss Modus F3 die Gruppe der Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' ermittelt, können in der Forel-Klinik 73.3% der ehemaligen Patienten in diese Kategorie eingestuft werden, während dieses Kriterium in der 'VDR-Studie' auf 61.7% der ehemaligen Patienten zutrifft.

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass die Ergebnisse der Studie aus der Forel-Klinik bezüglich der Abstinenzraten nach F3 und F4 deutlich schlechter als die Ergebnisse der 'VDR-Studie' abschneiden. Wird die Besserungsrate einbezogen ('erfolgreicher Verlauf'), sind die Werte der Forel-Klinik bei 'wohlwollendem Modus' F3 deutlich besser, nicht jedoch beim 'konservativen Modus' F4.

Es stellt sich die Frage, worauf das ungünstigere Ergebnis bei der Forel-Klinik zurückzuführen sein könnte. Vorab sind die längere Katamnese-dauer und die ungünstigere Ausschöpfungsquote zu erwähnen. Inwiefern andere Faktoren wie Selektion von Patienten mit mehr Risikofaktoren, Behandlungsprogramm und nachstationäre Behandlung eine Rolle spielen, kann aufgrund des vorliegenden Datenmaterials nicht geklärt werden.

#### **Erfolgsindikatoren und Geschlecht (Fragestellung 4):**

Beim Vergleich der durchschnittlichen nachklinischen Abstinenzwerte der 4 Studien mit ausschliesslich weiblichen Teilnehmern mit den 9 Studien, in welche nur Männer aufgenommen wurden, werden bei den Frauen tiefere Abstinenzwerte erzielt. Bei

Berechnung gemäss 'vorsichtigem' Modus F4 gelten in der weiblichen Population 28.8%, in der männlichen 39.5% als abstinent. Hinsichtlich der Besserungsraten erzielt die weibliche Stichprobe 15.4% 'Gebesserte' (F4), während bei den männlichen ehemaligen Patienten 19.3% der Kategorie der 'Gebesserten' zugeteilt werden können.

In Bezug auf die Vergleichswerte der beiden Populationen fällt v.a. die unterschiedliche Katamnesezeit von 20.0 Monaten bei der weiblichen Population und 14.0 Monate in den männlichen Studien auf. Die für die Auswertung zur Verfügung stehenden soziodemographischen Angaben differieren in den beiden Stichproben nur wenig. In den männlichen Studien sind die anamnestischen suchtspezifischen Daten ungünstiger.

### **Die Erfolgsrechnung bei gemischtgeschlechtlichen Therapieprogrammen:**

Diese bestätigt die leicht höheren Erfolgsraten der männlichen Patienten aus der ersten Analyse nicht. In 8 Untersuchungen wurden die Erfolgsindikatoren in Bezug auf das Trinkverhalten in einer weiblichen und männlichen Subpopulation angegeben. Da sich die Behandlungsbedingungen der beiden Stichproben kaum unterscheiden, sind diese Teilstichproben für Vergleiche geeignet. Innerhalb der Berechnungsweise F4 wurde in der weiblichen Stichprobe eine Abstinenzrate von 32.7% erreicht, während bei den Männern 34.3% die totale Abstinenz einhalten konnten. Das Kriterium der bezüglich des Trinkverhaltens 'Gebesserten' erreichten in der weiblichen Subpopulation nach F4 11.0%, in der männlichen 6.7%. Werden Abstinenz- und Besserungsraten addiert, kann gemäss F4 43.7% der Patienten aus der weiblichen Stichprobe ein 'erfolgreicher Verlauf' bezüglich des Trinkverhaltens attestiert werden, bei den Männern sind es 41.0%. Zusammenfassend unterscheiden sich bei vergleichbaren Bedingungen die erreichten nachklinischen Erfolgsraten bei den Frauen und Männern kaum.

Als sehr verschieden präsentieren sich die Schutz- und Risikofaktoren der beiden Geschlechter. Sieber et al. (2002) stellten in ihrer Analyse anhand einer Stichprobe von 669 ehemaligen Patienten der Forel-Klinik fest, dass die Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei den Geschlechtern verschieden sind. Als günstig erwies sich in beiden Untersuchungseinheiten ein normaler Behandlungsabschluss ohne Rückfälle sowie die konkrete Planung der Weiterbehandlung. Die Zufriedenheit mit der Arbeitssituation bildet bei Frauen und Männern einen Schutzfaktor. Für die Männer erweist es sich als günstig, wenn sie ganztags arbeiten und sich in der Berufssituation verbessern können. Als Risikofaktoren sind bei beiden Geschlechtern eine Trennung vom Partner oder eine Scheidung zu betrachten. Ein Rückfall ist bei den Männern eher möglich, wenn sie arbeitslos werden oder sich ihre Berufsposition verschlechtert hat (vgl. Sieber et al., 2002).

Bei der Betrachtung der geschlechtsspezifischen protektiven und risikoreichen Faktoren fällt in der Studie aus der Forel-Klinik die unterschiedliche Bedeutung des familiären, bzw. partnerschaftlichen Netzes auf. Während sich die Männer durch eine Partnerschaft gestützt und damit auch geschützt fühlen, stellt diese für die Frau keinen Schutzfaktor dar. Frauen, welche mit Kindern zusammenleben, verzeichnen

einen ungünstigeren Verlauf als solche ohne Kinder. Bei den Männern verhält es sich gegenteilig: Für sie wirkt sich ein Familienleben mit Kindern schützend in Bezug auf das Rückfallverhalten aus. Dieser Unterschied könnte mit der Belastung, welche durch eine Familie mit Kindern gegeben ist und meistens stärker von der Frau übernommen wird, zusammenhängen.

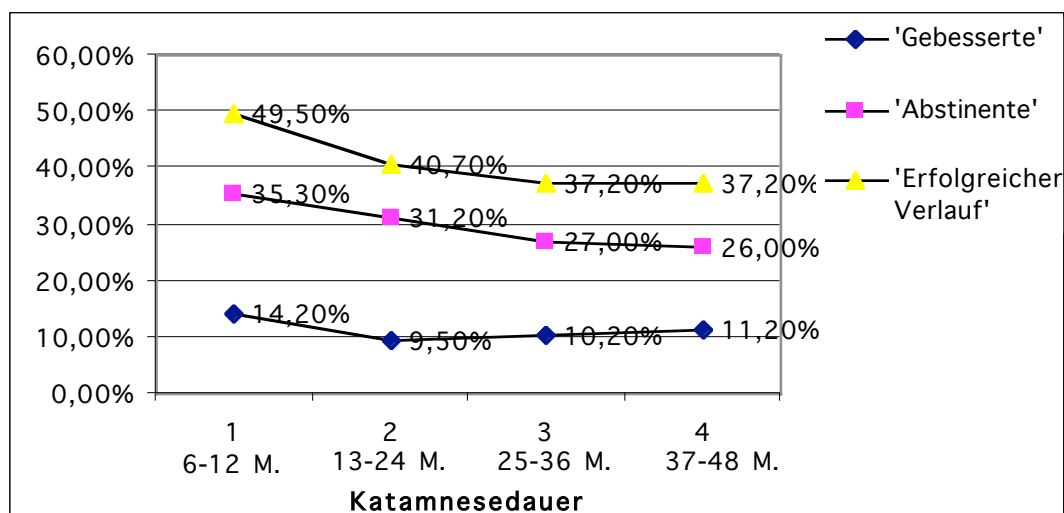
Dieser Exkurs über Schutz- und Risikofaktoren an einer Studie zeigt, wie nützlich es wäre, solch differenzierte Analysen über alle Studien berechnen zu können. Dies setzt jedoch voraus, dass die entsprechenden Daten generell erhoben werden.

### Erfolgsindikatoren und Katamnesezeitraum (Fragestellung 5):

Werden die durchschnittlichen Abstinenzraten gemäss Modus F4 ermittelt, so ergibt sich bei der Kurzzeitkatamnese eine Abstinenzrate von 35.3%. Diese sinkt bei einem längeren Beobachtungszeitraum von 13-24 Monaten auf 31.2%. Werden die ehemaligen Patienten nach 25-36 Monaten untersucht, ergibt sich eine durchschnittliche Abstinenzrate von 27.0%. In den Langzeitkatamnesen gelingt es 26.0% der ehemaligen Patienten bei einer Nachbefragung abstinent zu bleiben. In Bezug auf die Besserungsraten wird bei Kurzzeitkatamnesen gemäss F4 eine durchschnittliche Besserungsrate von 14.2% ermittelt. Findet die Katamneseerhebung in einem Zeitraum zwischen 13 und 24 Monaten statt, können 9.5% als 'gebessert' betrachtet werden. Durchschnittlich 10.2% der ehemaligen Patienten gelingt es über 25-36 Monate ein gebessertes Trinkverhalten aufzuweisen. Der Besserungswert liegt bei Langzeitkatamnesen bei 11.2% (vgl. Graphik 1).

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass die Abstinenzraten gemäss 'konservativem Modus' F4 mit der Zunahme der Katamnesezeit sinken. Die Besserungsrate dagegen fällt nur zwischen den Katamneseerhebungen von 6-12 Monaten und derjenigen von 13-24 Monaten ab. Danach steigt sie geringfügig wieder an.

**Graphik 1: Verlauf der Erfolgsraten bei zunehmender Katamnesezeit**



Das selbe Ergebnis ist bei Süss (1995) anzutreffen. Die Besserungsraten der 48-Monatskatamnese steigen im Vergleich zu den 12- und 24-Monatskatamnesen wieder an. Es kann davon ausgegangen werden, dass die Abstinenzwerte im Verlauf dauerhaft sinken, bei Langzeitkatamnesen langsam, aber dennoch stetig, während sich die Zahl der 'Gebesserten', welche meist die Zahl der nach einem Rückfall abstinent lebenden Patienten umschreibt, jedoch eher zunimmt. Süss (1995) findet darin eine Bestätigung für die längerfristige Wirksamkeit der Therapie.

Als den geeignetsten Zeitpunkt für die Beurteilung des Therapieerfolges identifizierte Süss (1995) die 1-Jahres-Katamnese. Zwischen den Ergebnissen aus der 6-Monatskatamnese und den Abstinenzwerten der 12-Monatskatamnese sinken die Abstinenzraten über alle vier Modi signifikant ab. Der Befund in der Analyse von Süss (1995) ist bei der 12-Monatskatamnese am zuverlässigsten, da zu diesem Zeitpunkt die meisten Resultate vorliegen. 12 Monate nach Beendigung der Therapie lässt sich eine gewisse Stabilisierung erkennen und die Differenz zwischen 'wohlwollender' Berechnungsform (F3) und 'strengem' Berechnungsmodus der Erfolgsraten (F4) aufgrund sinkender Datenausschöpfung bei längerer Katamnese-dauer ist noch nicht allzu gross. Ausserdem kann die Kontaminierung therapiefremder Einflüsse auf das Trinkverhalten geringer gehalten werden als bei Langzeitkatamnesen.

### **Erfolgsraten und Behandlungsdauer (Fragestellung 6)**

Gemäss F4 gelang es 33.7% der ehemaligen Patienten bei einer sehr kurzen Behandlung von 1-30 Tagen bis zum Katamnesezeitpunkt von durchschnittlich 17.5 Monaten die Abstinenz einzuhalten. Entschieden sich die Patienten für eine Behandlungsdauer zwischen 31 und 90 Tagen in einer stationären Institution, erreichten sie eine Abstinenzrate von 36.4%. Bei einer Therapiedauer von 91-180 Tagen galten 32.1% beim Katamnesezeitpunkt als 'abstinent'. In der einen Katamnese mit Langzeitbehandlung von 181-360 Tagen wurde mit 14.4% der geringste Prozentsatz von Abstinents verzeichnet. Insgesamt differieren die Abstinenzzahlen bei unterschiedlicher Therapiedauer nicht gross. Einzig die Langzeitbehandlung erreicht ein deutlich schlechteres Resultat. Die Aussagekraft dieses Ergebnisses ist dadurch, dass lediglich eine Katamnese mit einer Behandlungszeit von 181-365 Tagen im Datenpool vorhanden ist, eingeschränkt (vgl. Graphik 2).

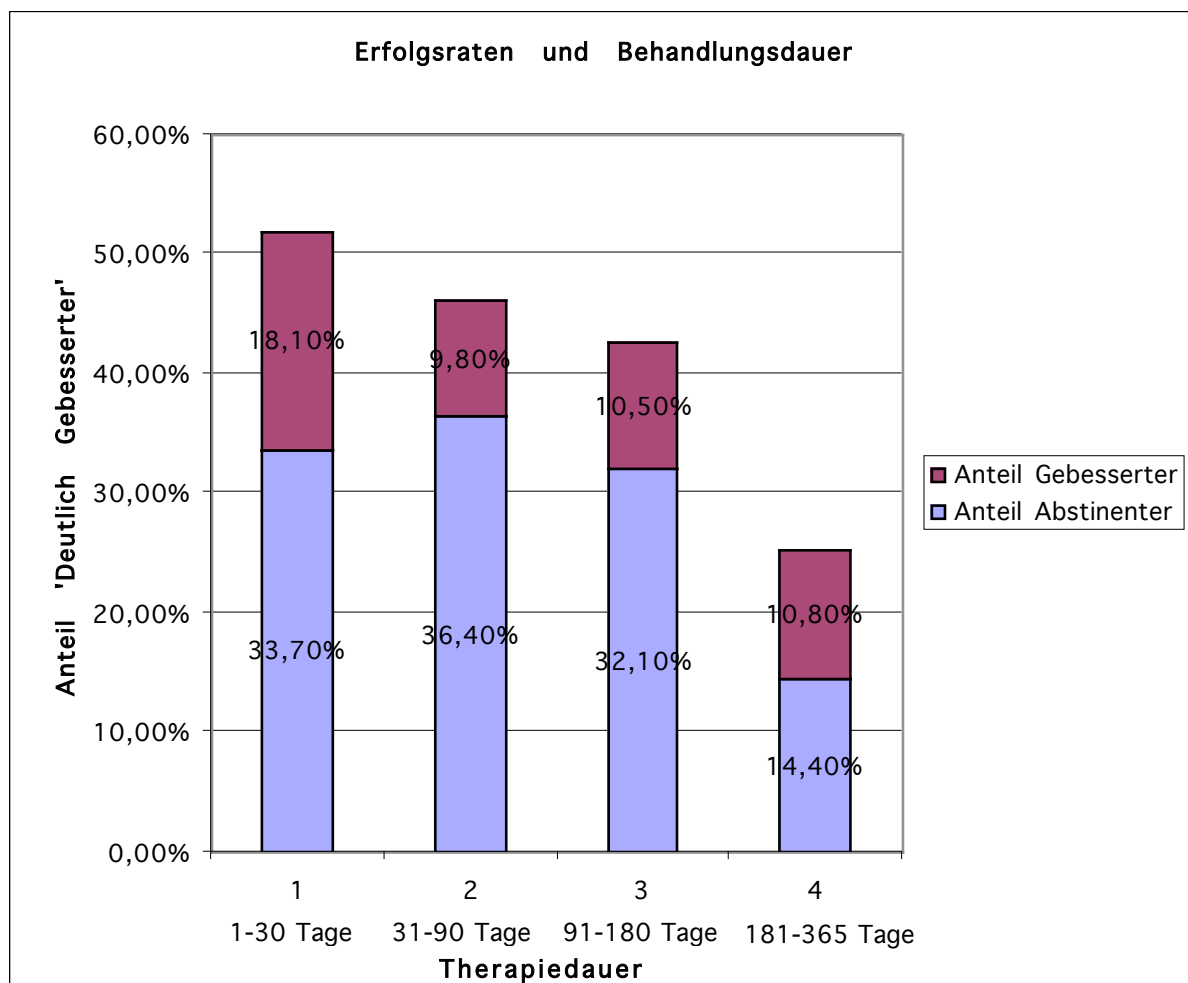
Die durchschnittliche Besserungsrate über die Katamnesen mit angebotener Kurzzeitbehandlung von 1-30 Tagen beträgt gemäss Modus F4 18.1%. 9.8% 'Gebesserte' können bei der Therapie von 31-90 Tagen erfasst werden. Wird die Behandlungszeit auf 91-180 Tage verlängert, können 10.5% der Kategorie der 'Gebesserten' zugeteilt werden. 10.8% ehemalige Patienten verbesserten ihr Trinkverhalten nach einer Therapie von 181-360 Tagen. Bei den Besserungsraten schneidet die Kurzzeittherapie von 1-30 Tagen am besten ab. Die Besserungsraten bei den übrigen drei Therapieformen liegen alle zwischen 8.9% und 10.8% (vgl. Graphik 2).

Die Kategorie der Patienten mit einem 'erfolgreichen Verlauf' wird durch Addition der Abstinenz- und Besserungswerte gebildet. Bei der kürzesten Therapieform gelten

51.8% als 'deutlich gebessert' (F4). Auf 46.2% der ehemaligen Patienten, welche sich für eine Therapie von 31-90 Tagen entschieden, trifft dieses Kriterium zu. Bei einer Behandlungsdauer von 91-180 Tagen werden 42.6% als bezüglich des Trinkverhaltens 'deutlich Gebesserte' erfasst. 25.2% gelingt ein 'erfolgreicher Verlauf' nach einer stationären Langzeitbehandlung (vgl. Graphik 2).

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass die Abstinenzraten und die Werte bezüglich des Kriteriums von Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' mit Zunahme der Therapiedauer sinken. Am schlechtesten schneidet die Langzeitbehandlung mit 25.2% ehemaliger Patienten mit einem 'erfolgreichen Verlauf' ab.

**Grafik 2: Erfolgsraten und Behandlungsdauer**



Es stellt sich die Frage, wie dieses Ergebnis zu interpretieren ist. Sind die guten Erfolgsraten eine Folge der besonders wirkungsvollen therapeutischen Interventionen bei der sehr kurzen Aufenthaltsdauer oder sind die Werte eine Folge einer 'positiveren Selektion' der Patienten oder eine Folge des Untersuchungsdesigns (wie z.B. hohe Ausschöpfungsquoten).

Wie in Tabelle 40 ersichtlich wird in den Studien mit der kürzesten Behandlungsdauer die höchste Ausschöpfungsquote bei der deutlich niedrigsten Katamnesedauer erreicht. Dies sind wichtige Prädiktoren bei dem Erreichen einer hohen Erfolgsquote gemäss Modus F4. Die niedrigste Anzahl 'Lediger' könnte sich ebenfalls günstig auf die Abstinenz- und Besserungsraten auswirken, gelten die 'Ledigen' als weniger integriert und zwar sowohl familiär als auch sozial. Auf die Schutzfunktion der Ehe oder Partnerschaft, welche sich bei den Männern deutlich günstig bemerkbar macht, wurde eingegangen (vgl. Sieber et al. 2002). Ein wichtiger Wert stellt die Höhe der Arbeitslosigkeit dar. Wer einer Arbeit nachgehen kann, erleidet weniger Rückfälle (vgl. Küfner et al., 1986). Bei der Kategorie der kürzesten Therapiedauer wird hier der deutlich niedrigste Wert erreicht.

Die Auswirkung der Motivation für einen erfolgreichen Abschluss der Therapie ist enorm wichtig. Dies haben auch mehrere Firmen erkannt, bei denen es teilweise Usus ist, den Alkoholabhängigen die Stelle offen zu halten während der Therapie. Voraussetzung für eine Weiterbeschäftigung nach der Therapie bildet ein erfolgreicher Therapieabschluss und ebenso ein günstiger weiterer Verlauf. Patienten, denen ein derartiges Programm angeboten wird, bleiben meist über kürzere Zeit im Therapiezentrum. Ihre Motivation, die Arbeitsstelle zu behalten, ist meist gross, sonst hätten sie nicht in eine Therapie eingewilligt.

**Tabelle 40: Behandlungsdauer und soziodemographische Parameter (F4)**

Variable	1-30 Tage Behandlung (N=13)	31-90 Tage Behandlung (N=12)	91-180 Tage Behandlung (N=10)
Quote	79.8%	69.5%	68.0%
Katamnesedauer	13.8 Monate	21.2 Monate	18.0 Monate
Land	CH=1, D=4, USA=8	CH=1, D=10, USA=1	CH=3, D=7, USA=0
Verheiratet	43.9%	56.3%	42.7%
Ledig	16.8%	23.1%	28.0%
Getrennt	28.6%	23.6%	31.7%
Verwitwet	9.6%	1.3%	3.7%
Alter	44.6 Jahre	40.3 Jahre	36.7 Jahre
Arbeitslos	19.2%	25.0%	29.3%

Bei der Untersuchung der 'optimalen' Behandlungsdauer innerhalb der Teilpopulation Angloamerikanischer Studien stellte Süss (1995) folgende tentative Regel auf: Die ungünstigsten Ergebnisse erbrachte die stationäre Therapie von deutlich unter vier Wochen, als relatives Optimum galt eine vier wöchige Behandlung. In dieser Arbeit wird ebenso bei einer kurzen Therapiedauer die beste Erfolgsquote erreicht.

Eine Erklärung für die guten Resultate bei der kürzesten Therapieform wird dann ersichtlich, wenn die Behandlungsdauer nicht als isolierte Wirkvariable für den Behandlungserfolg angesehen wird. Süss (1995) hält eine kausale Interpretation des Zusammenhanges nur dann als sinnvoll, wenn die Therapiedauer mit einer gleichförmigen Intensitätsdimension gleichgesetzt werden kann. Scheller et al. (1986) gehen davon aus, dass mit zeitlich kürzeren, aber therapeutisch hoch strukturierten Massnahmen bessere Ergebnisse erzielt werden können als mit längeren, dafür weniger klar strukturierten Programmen.



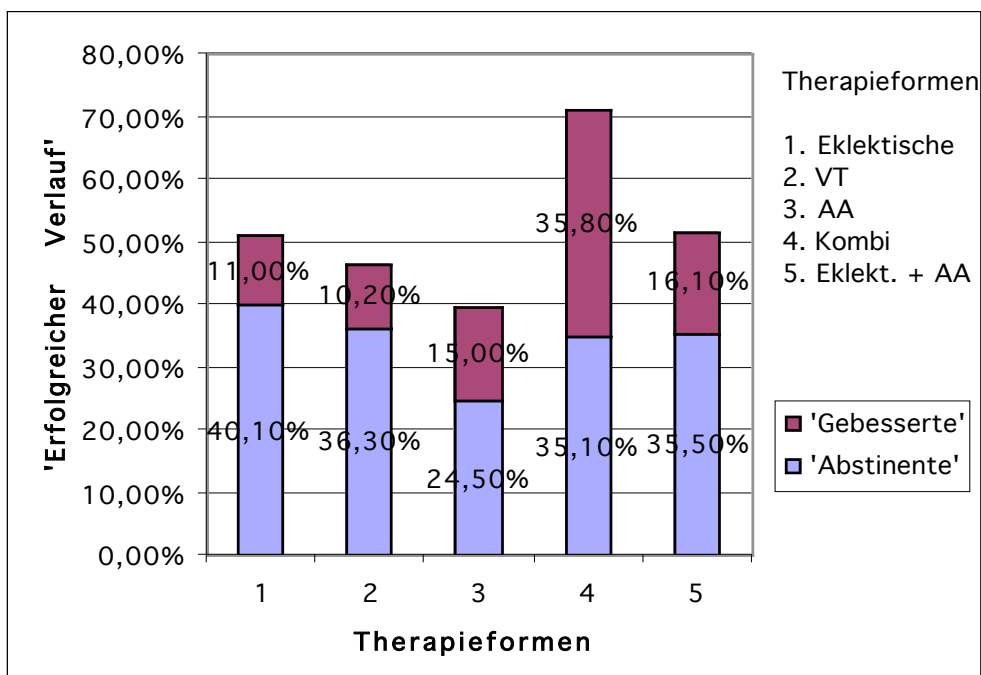
Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass Studien- und soziodemographische Merkmale wie z.B. höchste Ausschöpfungsquote, kürzeste Katamnese-dauer, geringer Anteil 'Lediger' und kleine Arbeitslosenquote günstige Voraussetzungen für die guten Erfolgsraten sind.

### Erfolgsraten und Therapiekonzepte (Fragestellung 7)

Die vier Therapiekonzepte (eklektische Breitbandtherapie, verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie, kombinierte Therapie und Therapieform in Anlehnung an das Minnesota-Modell) werden im Zusammenhang mit den erreichten Erfolgsraten betrachtet. Da in einigen Kliniken mit Komponenten aus mehr als einem der genannten Therapiekonzepte gearbeitet wurde, scheint die Bildung von Therapiekombinationen sinnvoll.

Patienten, welche mit der eklektischen Standardtherapie behandelt wurden, erreichten gemäss Modus F4 Abstinenzwerte von durchschnittlich 40.1%. Die Abstinenzrate von Personen, welche sich einer verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie unterzogen, beträgt 36.3%. Die Einhaltung der Abstinenz gelang 35.5% der ehemaligen Patienten, welche eine Kombination aus eklektischer Standardtherapie und dem Konzept der Anonymen Alkoholiker nutzen konnten. Die durchschnittliche Abstinenzrate von 35.1%, welche bei Anwendung der kombinierten Therapie erreicht wurde, lässt auf grössere Verbreitung hoffen. Den geringsten Anteil Abstinenter von 24.5% erzielten die ehemaligen Patienten mit der Therapieform der Anonymen Alkoholiker (vgl. Graphik 3).

**Graphik 3: Erfolgsraten und Therapieprogramme**



Die höchste Besserungsrate findet sich bei der kombinierten Therapieform mit 35.8%. Bei einer Kombination der eklektischen Therapieform mit dem Konzept der Anonymen Alkoholiker werden Besserungsraten von 16.1% erzielt. Die Katamnesen, in welchen das Konzept der Anonymen Alkoholiker alleine angewandt wurde, erreichen Besserungsraten von 15.0% (F4). Zwischen den erzielten Besserungsraten mit der eklektischen Breitbandtherapie (11.0%) und der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie (10.2%) existiert kein nennenswerter Unterschied (vgl. Graphik 3).

Zusammenfassend kann ausgesagt werden, dass durch das kombinierte Therapiemodell die höchste Anzahl von Patienten mit 'erfolgreichem Verlauf' verzeichnet wird. Die Behandlungsformen der eklektischen und der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie haben gute Ergebnisse erzielt. Die niedrigsten Erfolgswerte sind mit dem Konzept der Anonymen Alkoholiker verbunden; allerdings nur, wenn dieses nicht mit der eklektischen Breitbandtherapie kombiniert wird. Wird das Konzept der Anonymen Alkoholiker mit der eklektischen Breitbandtherapie verbunden, werden gute Ergebnisse erreicht. Die eklektische Breitbandtherapie hat sich in dieser Arbeit genau so bewährt wie die verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie. Bei Miller et al. (1986a) zeigt sich die Therapieeffizienz der beiden Programme different. Während die Autoren die verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie als erfolgreichstes Programm identifizieren, fehlt ihnen für die Formen der eklektischen Breitbandtherapie der empirische Beleg. Nicht nur in der vorliegenden systematischen Uebersicht, sondern auch in der Meta-Analyse von Süss (1995) haben sich die eklektische und die verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie bewährt. Diese Therapieformen haben den Vorteil, mehrere Elemente aus einem 'Therapiemodell' zu vereinigen.

Bei der Interpretation der Erfolgsindikatoren und den Therapieprogrammen ist Vorsicht geboten. Es muss immer berücksichtigt werden, dass die Therapieart nur eine Variable darstellt. Die unterschiedlichen Studienmerkmale (Ausschöpfungsquote, Katamnesedauer und Behandlungsdauer) und die Differenzen in den soziodemographischen und suchtspezifischen anamnestischen Daten wirken sich ebenfalls auf die Erfolgsraten aus. Daher kann das Ausmass der Auswirkung der Therapieprogramme auf die Erfolgsquoten nicht geklärt werden.

## **Ausblick**

Wie in der Diskussion angedeutet wird die Ermittlung der Erfolgszahlen aufgrund zu uneinheitlicher Kriterien erschwert. Dringend geboten in zukünftigen Katamnesen ist daher eine Vereinheitlichung der Erfolgskriterien. Wird für die Kategorie der 'Gebesserten' keine von den Experten akzeptierte und verwendete Definition gefunden, ergibt sich bei der Interpretation der Ergebnisse ein massives Problem. Wollen wir aussagekräftige Studien, muss ausserdem bei den Berechnungen in künftigen Arbeiten eine Differenzierung der vier Berechnungsformen (F1-F4) nach den Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 1985) stattfinden.

Die Bildung eines neuen Kodiersystems, welches auf die Anforderungen der Katamnese Forschung im Bereich der generellen und differentiellen Wirksamkeit eingeht, halte ich für die zukünftige Katamnese Forschung als unumgänglich. In dieser Arbeit gingen viele Daten und damit auch deren Analyse verloren, weil sie mit dem Kodiersystem (vgl. Neumer, 1993) nicht ausgewertet werden konnten. Es gibt Standardisierungsvorschläge von der Deutschen Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (DGSS, 1985). Diese setzen jedoch die Priorität auf Daten im Suchtmittelgebrauch und nicht im psychosozialen Bereich. In einem Kodiersystem sollten Daten für die vier Gruppen: Studienmerkmale, soziodemographische Merkmale, suchtspezifische Anamnese und Behandlungsmerkmale enthalten sein.

Damit eine Verbesserung der Vergleichbarkeit von Untersuchungsergebnissen erreicht werden kann, müssen die Zahl der formulierten Kategorien reduziert, Mindeststandards definiert und methodische Festlegungen vorgenommen werden.

Die Beurteilung einzelner Katamnesen wie zum Beispiel diejenige der Forel-Klinik auf dem Hintergrund aller Katamnesen ist schwierig, da bei den Erfolgsindikatoren verschiedene 'Störgrößen' einwirken. Die längere Katamnese dauer bei der Studie aus der Forel-Klinik vermindert die Erfolgsraten (z.B. F4), hinzu kommt die eher niedrige Ausschöpfungsquote, welche den Wert nochmals vermindert. Verschieden ist auch die Therapiedauer. Da man den Effekt dieser Einflüsse nicht genau ermitteln kann, ist es schwierig, den Erfolgswert bei einer einzelnen Studie zu bewerten.

Was die Ausschöpfungsquote betrifft, kann man annehmen, dass sie positiv mit der Abstinenzrate F4 korreliert: Je höher die Ausschöpfungsquote, desto höher werden die F4-Werte. Dies trifft jedoch für die vorliegenden Studien nicht zu. Die untenstehende Tabelle 41 zeigt, dass die höchsten Werte für Ausschöpfungsquoten zwischen 71% und 80% aufgetreten sind. Dieses Ergebnis unterstreicht die Aussage, wonach es schwierig ist, Einzelergebnisse zu interpretieren.

**Tabelle 41: Totalabstinenz (F4) und Ausschöpfungsquote**

<b>Ausschöpfungsquote</b>	<b>Abstinenzwerte F4</b>	
<b>20-40%</b>	N= 2	12.2%
<b>41-50%</b>	N= 4	18.8%
<b>51-60%</b>	N= 5	28.7%
<b>61-70%</b>	N= 7	26.6%
<b>71-80%</b>	N= 7	44.2%
<b>81-90%</b>	N=15	38.3%
<b>91-100%</b>	N= 4	37.4%

In den Tagen knapper werdender finanzieller Ressourcen wird immer wieder die Forderung nach einer Verkürzung der Therapien laut. Verschiedene Autoren (vgl. Scheller et al. 1986) sprechen von einer dringend notwendigen Therapieoptimierung. Sie gehen davon aus, dass mit zeitlich kürzeren, aber therapeutisch hoch strukturierten Massnahmen bessere Ergebnisse erzielt werden können als mit längeren, dafür weniger klar strukturierten Programmen. Ebenso ist eine Adaptierung

der Therapie an den einzelnen Patienten eine wichtige Massnahme. Die Forderung nach Individualisierung der Therapie widerspiegelt allerdings mindestens teilweise den Wunsch nach Standardisierung. Die Forderung nach kürzeren Behandlungen ist allerdings nur bei einem Teil der Alkoholabhängigen angebracht, welcher eher beruflich und sozial integriert ist und damit eine günstige Prognose hat. Für Personen mit ausgeprägteren Suchtmerkmalen und mit geringerer beruflicher und sozialer Integration wäre eine Kurzzeitbehandlung weniger indiziert.

## 5. Zusammenfassung

Das Ziel dieser systematischen Uebersichtsarbeit bestand in der Ueberprüfung der **generellen und differentiellen Wirksamkeit** stationärer Behandlungen von Alkoholabhängigen anhand von 56 Katamnesen aus den drei Ländern Schweiz, Deutschland und USA. Eingangs wird auf die Befunde von 11 Uebersichtsarbeiten und zwei Meta-Analysen aus den USA und Deutschland Bezug genommen. Auffallend sind dabei die methodische Verbesserung der Studien und die zunehmend differenzierteren Auswertungen.

Bei der vorliegenden Uebersichtsarbeit konnten mittels computergestützter Literaturrecherche 56 Studien gefunden werden, die den Selektionskriterien entsprechen. Zur Erfassung der Wirksamkeit wurde die dauerhafte Abstinenz sowie eine erhebliche Besserung des Trinkverhaltens verwendet. Die unabhängigen Variablen sind: Ländertyp, Geschlecht, Katamnesedauer, Behandlungsdauer und Therapieart. Die Katamnesen wurden anhand des Kodiersystems von Neumer (1993) ausgewertet.

Die dauerhafte Abstinenz unter Verwendungsweise der konservativen Berechnungsweise F4 lag bei allen Studien bei durchschnittlich 33.2% (Katamnesedauer 16.5 Monate). Die Besserungsrate über alle Studien beträgt 12.6% (F4). Durch die Addition der beiden Erfolgskategorien gelten beim Modus F4 45.8% als 'Patienten mit erfolgreichem Verlauf'.

Der Vergleich der Erfolgsraten zwischen den drei Ländern zeigte, dass die Deutschen Studien mit 40.0% (F4) die höchsten Abstinenzraten erreichen. Die analogen Werte für die Studien aus der Schweiz bzw. den USA liegen bei 25.0% bzw. 29.8%. Werden Abstinente und Gebesserte zusammengezogen, erhalten wir bei den Studien aus Deutschland und den USA gleich hohe Werte (49.5%, bzw. 50.0%), während die Schweizer Studien wiederum am ungünstigsten abschneiden (38.5%). Die Schweizer Studienpopulation unterscheidet sich bezüglich verschiedener Parameter, welche sich ungünstig auf die Erfolgsraten auswirken könnten, von der Deutschen und Angloamerikanischen Patientengruppe (niedrigere Ausschöpfungsquote, höhere Anzahl von Arbeitslosen, höhere Quote von Polytoxikomanen, mehr Patienten mit ambulanter und stationärer Vorbehandlung). Weitere mögliche Gründe könnten evtl. im Studiendesign und der Stichproben-selektion liegen und müssten mittels detaillierteren Studien untersucht werden.

Die Erfolgsergebnisse der Forel-Klinik liegen in der gleichen Grössenordnung wie bei den Schweizer Studien insgesamt, teilweise leicht darüber. Sie erreichen jedoch bezüglich der Abstinenz niedrigere Werte als die Studien aus Deutschland und den USA.

Die erreichten nachklinischen Erfolgswerte bei den Frauen und Männern unterscheiden sich bei vergleichbaren Bedingungen kaum.

Die Abstinenzraten sinken bei Zunahme der durchschnittlichen Katamnesezeit. Die Besserungsrate sinkt nur zwischen dem ersten und dem zweiten Katamnesezeitraum. Danach steigt sie wieder an.

Hinsichtlich der Behandlungsdauer stellte sich heraus, dass die Erfolgsquoten mit zunehmender Behandlungsdauer sinken. Dies ist möglicherweise ein Effekt der Personenselektion.

Patienten, welche mit der eklektischen Breitbandtherapie behandelt wurden, erreichten mit 40.1% Abstinenter (F4) ein leicht besseres Ergebnis als die mittels der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie behandelten Patienten (36.3%). Bei Anwendung der kombinierten Therapie wurden 35.1% Abstinente (F4) verzeichnet, während die Anbieter der Therapie der Anonymen Alkoholiker den geringsten Anteil Abstinenter (24.5%) aufweisen konnten. Wurde das Konzept der Anonymen Alkoholiker mit der eklektischen Therapie verbunden, konnten Abstinenzwerte von 35.5% erreicht werden.

Bezüglich der weiterführenden Forschung wird darauf verwiesen, dass zunehmend differenziertere Auswertungen vorgenommen werden können, wenn die einzelnen Studien einen möglichst einheitlichen Datensatz über die Studienmerkmale liefern.

## 6. Literaturverzeichnis

- Annis, H.M. & Liban, C.B. (1980). Alcoholism in women: Treatment, modalities and outcome. In O.L. Kalant (Ed.). *Alcohol and drug problems in women: Research advances in alcohol and drug problems*. Vol. 5. New York: Plenum (385-442).
- Antons, K. & Schulz, W. (1977). *Normales Trinken und Suchtentwicklung. Theorie und empirische Ergebnisse interdisziplinärer Forschung zum sozialintegrierten Alkoholkonsum und süchtigen Alkoholismus*. (Bd. 2). Göttingen: Hogrefe.
- Armor, D.J., Polich, J.M. & Stambul, H.B. (1976). *Alcoholism and treatment*. Santa Monica: Rand Corporation.
- Baekeland, F. (1977). Evaluation of treatment methods in chronic alcoholism. In B. Kissin & H. Begleiter (Eds.). *The biology of alcoholism: Treatment and rehabilitation of the chronic alcoholic* (Vol. 5). New York: Plenum Press.
- Baekeland, F., Lundwall, L. & Kissin, B. (1975). Methods for the treatment of chronic alcoholism: a critical appraisal. In R.J. Gibbins, Y. Israel, H. Kalant, R. Popham, E. Schmidt & R.G. Smart (Eds.). *Research advances in alcohol and drug problems*. New York: Wiley.
- Barbor, T.F., Dolinsky, Z., Rounsaville, B. & Jaffe, J. (1988). Unitary versus multidimensional model of alcoholism treatment outcome: an empirical study. *Journal of Studies on Alcohol*, 49 (2), 167-177.
- Baumann, E. (1993). *Das soziale Netzwerk von Alkoholikern und seine prospektive Bedeutung für die Abstinenz*. Lizentiatsarbeit. Universität Zürich: Philosophische Fakultät I.
- Beasley, J.D., Grimson, R.C., Bicker, A.A., Closson, W.J., Heusel, C.A. & Faust, F.I. (1991). Follow-up of a cohort of alcoholic patients through 12 months of comprehensive biobehavioral treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8 (3), 133-142.
- Blane, H.T. (1977). Issues in the evaluation of alcoholism treatment. *Professional Psychology*, 8, 593-608.
- Blow, F.C., Walton, M.A., Chermack, S.T., Mudd, S.A., Kirk, M.S. & Brower, K.J. (2000). Older adult treatment outcome following elder-specific inpatient alcoholism treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19 (1), 67-75.
- Bock, U. (1997). *Acht-Monats-Katamnese nach einer qualifizierten Alkoholentgiftungsbehandlung*. Inaugural-Dissertation. Tübingen: Medizinische Fakultät der Eberhard-Karls-Universität.
- Bremer, G. & Janas, H. (1980). Die Behandlungserfolge von Alkoholikern eines Landeskrankenhauses, dargestellt anhand von zwei Therapiestationen mit behandlungswilligen Patienten. *Suchtgefahren*, 26, 131-143.
- Brown, S.A., Vik, P.W., Patterson, T.L., Grant, I. & Schuckit, M.A. (1995). Stress vulnerability and adult alcohol relapse. *Journal of Studies on Alcohol*, 56 (5), 538-545.
- Brown, S.A., Tapert, S.F., Tate, S.R. & Abrantes, A.M. (2000). The role of alcohol in adolescent relapse and outcome. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (1), 107-115.

- Bühler, D. (1980). *Die Wirksamkeit der Heilstättenbehandlung*. Universität Zürich: Soziologisches Institut, Forschungsabteilung.
- Bühringer, G., Augustin, R., Bergmann, E., Bloomfield, K., Funk, W., Junge, B., Kraus, L., Merfert-Diete, Ch., Rumpf, H.-J., Simon, R. & Töppich, J. (2000). *Alkoholkonsum und alkoholbezogene Störungen in Deutschland*. Baden-Baden: Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Band 128.
- Caddy, G.R. (1980). Problems in conducting alcohol treatment outcome studies: a review. In L.C. Sobell, M.B. Sobell & E. Ward (Eds). *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness*. New York: Pergamon, 151-176.
- Christoffel, U. (1997). *Behandlungserfolg bei stationär behandelten Alkoholikern*. Lizentiatsarbeit. Universität Zürich: Philosophische Fakultät I.
- Cooper, A.M., Sobell, M.B., Maisto, S.A. & Sobell, L.C. (1980). Criterion intervals for pretreatment drinking measures in treatment evaluation. *Journal of Studies on Alcohol*, 41, 1186-1195.
- Costello, R.M. (1975). Alcoholism treatment and evaluation: in search of methods. *International Journal of the Addictions*, 10, 251-275.
- Costello, R.M. (1980). Alcoholism treatment effectiveness: slicing the outcome variance pie. In G. Edwards & M. Grant (Eds.). *Alcoholism treatment in transition*. London: Croom Helm.
- Costello, R.M., Biever, P. & Baillargeon, J.G. (1977). Alcoholism treatment programming: Historical trends and modern approaches. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 1 (4), 311-318.
- Curan, G.M. & Booth, B.M. (1999). Longitudinal changes in predictor profiles of abstinence from alcohol use among male veterans. *Alcoholism, Clinical, and Experimental research*, 23 (1), 141-143.
- Degkwitz, R., Helmchen, H., Kockott, G. & Mombour, W. (Hrsg.) *ICD-9. Diagnose-schlüssel und Glossar psychiatrischer Krankheiten*. Berlin: Springer.
- Deinlein, W. (1998). *Rückfällig oder abstinent?* Dissertation. Universität Zürich: Philosophische Fakultät I.
- Deutsche Gesellschaft für Suchtforschung und Suchttherapie (1985) (Hrsg.). *Standards für die Durchführung von Katamnesen bei Abhängigen*. Freiburg: Lambertus.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. (1991) (Hrsg.). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10, Weltgesundheitsorganisation, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. Göttingen: Huber.
- DSM-III-R (1989). *Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III-R*. Basel: Beltz.
- Emrick, C.D. (1974). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. I: The use and interrelationships of outcome criteria and drinking behavior following treatment. *Quarterley Journal of Studies on Alcohol*, 35, 523-549.
- Emrick, C.D. (1975). A review of psychologically oriented treatment of alcoholism. II: The relative effectiveness of different treatment approaches and the relative effectiveness of treatment versus no treatment. *Journal of Studies on Alcohol*, 36 (1), 88-108.



- Emrick, C.D. (1982). Evaluation of alcoholism psychotherapy methods. In E.M. Pattison & E. Kaufmann (Eds.). *Encyclopedic handbook of alcoholism*. New York: Gardner Press.
- Emrick, C.D. & Hansen, J. (1983). Assertions regarding effectiveness of treatment for alcoholism. Fact or fantasy? *American Psychologist*, 38, 1078-1088.
- Fäh, H., Sieber, M. & Uchtenhagen, A. (1991). Der Glaube ans Widerstehen-Können. Eine prospektive Längsschnittstudie zur Vorhersage von Abstinenz bei stationär behandelten Alkoholikern. *Sucht*, 37, 26-36.
- Falk, M. (1983). Kombinierte stationäre und ambulante Entwöhnungsbehandlung für Alkoholabhängige in der RoCHAT Klinik Heidelberg. *Suchtgefahren*, 29, 45-46.
- Feuerlein, W. & Küfner, H. (1989). A prospective multicentre study of in-patient treatment for alcoholics: 18- and 48-month follow-up (Munich Evaluation for Alcoholism Treatment, MEAT). *European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences*, 239, 144-157.
- Fichter, M.M., Mai, F. & Postpischl, F. (1982). Ein stationäres Kurzzeittherapiemodell auf der Suchtstation der Psychiatrischen Universitätsklinik München: Eine Bilanz über das erste Jahr. In O. Schrappe (Hrsg.). *Methoden der Behandlung von Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit*. Stuttgart: Schattauer-Verlag.
- Fichter, M.M. & Frick, U. (1992). *Therapie und Verlauf von Alkoholabhängigkeit. Auswirkung auf Patient und Angehörige*. Berlin: Springer.
- Fink, E.B., Longabaugh, R., McCrady, B.M., Stout, R.L., Beattie, M., Ruggieri-Athelet, A. & McNeil, D. (1985). Effectiveness of alcohol treatment in partial versus inpatient setting, 24 months outcomes. *Addictive Behaviors*, 10 (3), 235-248.
- Finney, J.W., Ouimette, P.C., Humphreys, K. & Moos, R.H. (2001). A comparative process-effectiveness evaluation of VA substance abuse treatment. *Recent developments in alcoholism: an Official Publication of the American, Medical Society on Alcoholism, and the National Council of Alcoholism*, 15 (3), 373-391.
- Fleischhacker, W., Hackenberg, B., Kryspin-Exner, K., Moser, Ch. & Schubert, H. (1980). Ergebnisse einer Nachuntersuchung von stationär und ambulant behandelten Alkoholkranken. In D. Ladewig. *Drogen und Alkohol*. Basel: Karger, 116-126.
- Funke, W., Funke, J., Klein, M. & Scheller, R. (1995). Zur Bedeutung differentieller Katamnesen: Strategien, Befunde, Konsequenzen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall*. Stuttgart: Enke.
- Gmel, G. et al. (1996). Die Schweiz - drei Länder, drei Trinksitten. In G. Gmel & H. Schmid (Hrsg.). *Alkoholkonsum in der Schweiz. Ergebnisse der ersten Schweizerischen Gesundheitsuntersuchung*. Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 55-68.
- Gordon, A.J. & Zrull, M. (1991). Social networks and recovery: one year after inpatient treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 8 (3), 143-152.
- Grant, B.F., Harford, T.C., Dawson, D.A., Chou, P.S. & Pickering, R.P. (1995). The alcohol use disorder and associated disabilities interviews schedule (AUDADIS): Reliability of alcohol and drug modules in a general population sample. *Drug and Alcohol Dependence*, 39, 37-44.

- Grawe, K. (1992). Psychotherapieforschung zu Beginn der neunziger Jahre. *Psychologische Rundschau*, 43, 132-162.
- Grether, P., Worall, H. & Polli, E. (1995). Stationäre Kurzzeittherapie mit alkoholabhängigen Frauen und Männern an der psychosomatischen Abteilung am Spital Wattwil - Katamneseergebnisse der dreiwöchigen Behandlung. *Abhängigkeiten*, 96/97, 50-60.
- Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- Holz, H., Bork, J. & Oberlaender, F.A. (1995). 1-Jahrekatamnese nach Alkohol-Entwöhnungsbehandlung in einem psychiatrischen Fachkrankenhaus. *Aus der Praxis, Sucht*, 42 (3), 183-187.
- Huhn, A. (1982). Katamnestiche Untersuchungen bei Alkoholikern eines psychiatrischen Landeskrankenhauses. In D. Ladewig (1981) (Hrsg.). *Drogen und Alkohol*, 2. Basel: Karger, 77-90.
- Ito, R.J. & Donovan, D.M. (1990). Predicting drinking outcome: Demography, chronicity, coping and aftercare. *Addictive Behaviors*, 15 (6), 553-559.
- Jellinek, E.M. (1960). *The disease concept of alcoholism*. Highland Park. New York: Hillhouse Press.
- John, U. (1985). *Rehabilitation Alkoholabhängiger. Ansätze und Grenzen sozialwissenschaftlicher Untersuchungen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.
- Jung, U., Koester, W., Schneider, R., Bühringer, G. & Mai, N. (1987). Katamnesen bei behandelten Alkoholabhängigen mit wiederholten Messzeitpunkten über 4 Jahre. In D. Kleiner (Hrsg.). *Langzeitverläufe bei Suchtkranken*. Berlin: Springer.
- Keller, W. & Scheller, R. (1980). Ergebnisse einer katamnestiche Untersuchung an Alkohol- und Medikamentenabhängigen. *Psychologie und Praxis*, 24, 84-90.
- Kern, E. & Jahrreiss, R. (1990). Klientel und katamnestiche Ergebnisse einer Kurzzeitentwöhnungstherapie. *Suchtgefahren*, 36, 167-177.
- Keso, L. & Salaspuro, M. (1990). Inpatient treatment of employed alcoholics: Randomized clinical trial on Hazelden-type and traditional treatment. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 14 (4), 584-589.
- Klein, M. (1987). Erste Ergebnisse einer Siebenjahreskatamnese bei stationär behandelten Alkohol- und Medikamentenabhängigen. In A. Schorr (Hrsg.). *Bericht über den 13. Kongress für angewandte Psychologie. Bonn, September 1985*. Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Klink, M., Waldow, M., Jarosek, S. & Trömel, G. (1984). Globale Analyse von Katamnese-daten. *Suchtgefahren*, 30, 91-102.
- Koerke, J. & Lauer, G. (1995). Rückfälle Alkoholabhängiger: Ein Ueberblick über neuere Forschungsergebnisse und -trends. In: J. Koerke, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall. Brennpunkt deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke.
- Koester, W., Schneider, R., Hachmann, E. & Mai, N. (1981). Dokumentation und Evaluation der stationären Behandlung von Alkohol- und Medikamentenabhängigen nach einem verhaltenstherapeutische Programm - Beschreibung des Dokumentationssystems und Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 27, 193-206.
- Krampen, G. & Nispel, L. (1983). Zur Effektivität stationärer Kurzzeitbehandlungen von Alkoholikern. *Suchtgefahren*, 29, 345-349.

- Küfner, H., Feuerlein, W. & Flohrschütz, T. (1986). Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen. Katamnestiche Ergebnisse. *Suchtgefahren*, 32 (1), 1-85.
- Längle, G. & Scheid, H.W. (1990). Zehn-Jahres-Katamnesen eines integrierten stationären und ambulanten Behandlungsprogrammes für Alkoholranke. *Suchtgefahren*, 34, 157-272.
- Lask, K. & Zucker, K.P. (1983). Untersuchungen zum Therapieerfolg bei Alkoholpatienten nach einer mittelfristigen Behandlung in der Therapeutischen Gemeinschaft Haus Burgwald. *Suchtgefahren*, 29, 39-44.
- Latimer, W.R., Newcomb, M., Winters, K.C. & Stinchfield, R.D. (2001). Adolescent substance abuse treatment outcome: the role of substance abuse problem severity, psychosocial and treatment factors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (4), 684-696.
- Long, C.G., Williams, M. & Hollin, C.R. (1998). Treating alcohol problems: a study of program effectiveness and cost effectiveness according to length and delivery of treatment. *Addiction*, 93 (4), 561-571.
- Lyons, J.P., Welte, J.W., Brown, J., Sokolow, L. & Hynes, G. (1982). Variation in alcoholism treatment orientation: different impact upon specific subpopulations. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 6 (3), 333-343.
- Maffli, E., Mariolini, N., Nielsen, P., Rehm, J. & Hoefliger, A. (1993). *Clinique La Metairie. Un premier bilan*. Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA).
- Maffli, E., Wacker, H.-R. & Mathey, M.-C. (1995). *7-Jahres-Katamnese von stationär behandelten Alkoholabhängigen in der deutschen Schweiz*. Lausanne: Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme (SFA), Forschungsbericht Nr. 26.
- Maisto, S.A., Sobell, M.B., Cooper, A.M. & Sobell, L.C. (1979a). Test-retest reliability of retrospective self-reports in three populations of alcohol abusers. *Journal of Behavior Assessment*, 1 (4), 315-326.
- Maisto, S.A., Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1979b). Comparision of alcoholics' self reports of drinking behavior with reports of collateral informants. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 106-112.
- Maisto, S.A. & Cooper, A.M. (1980). A historical perspective on alcohol and drug treament outcome research. In M.C. Sobell, L.C. Sobell & E. Ward (Eds.). *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness, recent advances*. New York: Pergamon, 1-14.
- Maisto, S.A. & Mc Collam, J.B. (1980). The use of multiple measures of life health to assess alcohol treatment outcome: a review and critique. In M.C. Sobell, L.C. Sobell & E. Ward (Eds.). *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness: recent advances*. New York: Pergamon, 15-76.
- Maisto, S.A., Connors, G.J. & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treament, changes in coping skill, self efficacy and levels of alcohol use and related problems one year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, 14 (3), 257-266.
- Mann, K. & Günther, A. (1994). Neue Aspekte in der Behandlung Alkoholabhängiger. In G. Niessen (Hrsg.). *Abhängigkeit und Sucht: Prävention und Therapie*. Bern: Huber.

- Mathey, M.-C. (1993). *Aspekte der Behandlungskarriere Alkohol- und Medikamentenabhängiger in stationärer Therapie 1988-1992*. Lausanne: Schweizerische Arbeitsgemeinschaft der Kliniken und Rehabilitationszentren für Alkohol- und Medikamentenabhängige (SAKRAM).
- May, S.J. & Kuller, L.H. (1975). Methodological approaches in the evaluation of alcoholism treatment. *Preventive Medicine*, 4, 464-481.
- Miller, W.R. & Hesters, R.K. (1980). Treating the problem drinker: Modern approaches. In W.R. Miller (Ed.). *The addictive behaviors: Treatment of alcoholism, drug abuse, smoking and obesity*. Oxford: Pergamon.
- Miller, W.R. & Hesters, R.K. (1986a). The effectiveness of alcoholism treatment: What research reveals. In W.R. Miller & N. Heather (Eds). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press, 121-174.
- Miller, W.R. & Hesters, R.K. (1986b). Matching problem drinkers with optimal treatments. In W.R. Miller & N. Heather (Eds.). *Treating addictive behaviors*. New York: Plenum Press, 175-204.
- Missel, P., Zemlin, U., Lysloff, G. & Braukmann, W. (1987). Individualisierung in der stationären Therapie Abhängigkeitskranker: Erste Ergebnisse einer Halbjahreskatamnese. *Suchtgefahren*, 33, 272-285.
- Moberg, D.P., Krause, W.K. & Klein, P.E. (1982). Posttreatment drinking behavior among inpatients from an industrial alcoholism program. *The International Journal of the Addictions*, 17 (3), 549-567.
- Moos, R.H., Finney, J.W. & Chan, D.A. (1981). The process of recovery from alcoholism: I. Comparing alcoholic patients with matched community controls. *Journal of Studies on Alcohol*, 42, 383-402.
- Moos, R.H., Cronkite, R.C. & Finney, J.W. (1982). A conceptual framework for alcoholism treatment evaluation. In E.M. Pattison & E. Kaufman (Eds.). *Encyclopedic handbook of alcoholism*, 1120-1139. New York: Gardner Press.
- Nathan, P. & Lansky, D. (1978). Common methodological problems in research of addictions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 713-726.
- Neumer, S.-P. (1993). *Meta-Analyse von Alkoholismustherapie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Freie Universität Berlin: Institut für Psychologie.
- Oberhauser, K., Oesch, S., Leiggenger, G., Pfammatter, P. & Gruber, H. (1998). *1-Jahres-Katamnese aller zwischen August 1992 und März 1997 behandelten Klienten*. Gampel: Reha-Zentrum für Männer und Frauen mit Alkoholproblemen.
- Olbrich, R. (2001). Die qualifizierte Entzugsbehandlung in der stationären Alkoholismustherapie. In R. Olbrich (Hrsg.). *Suchtbehandlung: Neue Ansätze zur Alkoholkrankheit und anderen Suchtformen*. Regensburg: Roderer Verlag.
- Olbrich, R. & Watzl, H. (1978). Behandlungsergebnisse in der Therapie des Alkoholismus. Eine Uebersicht. *Suchtgefahren*, 24, 1-8.
- Olson, R.P., Granley, R., Devine, V.T., & Dorsey, G.C. (1981). Long-term effects of behavioral versus insight oriented therapy with inpatient alcoholics. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (6), 866-877.
- Ouimette, P.C., Finney, J.W., Gima, K. & Moos, R.H. (1999). A comparative evaluation of substance abuse treatment. III: Examining mechanism underlying patient-treatment matching hypotheses for 12-step and cognitive-beha-

- vioral treatments for substance abuse. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23 (3), 545-551.
- Petry, J. (1985). *Alkoholismustherapie: Vom Einstellungswandel zur kognitiven Therapie. Ein Gruppenprogramm zur Informationsvermittlung. Verhaltensdiagnostik und kognitive Umstrukturierung*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Pettinati, H.M., Meyers, K., Jensen, J.M., Kaplan, F. & Evans, B.D. (1982). Inpatients versus outpatient treatment for substance dependence revisited. *The Psychiatric Quarterly*, 64 (2), 173-182.
- Polich, J.M., Armor, D.J. & Braiker, H.B. (1980). *The course of alcoholism: Four years after treatment*. New York: Wiley.
- Potamianos, G., North, W.R.S., Meade, T.W., Townsend, J. & Peters, T.J. (1986). Randomised trial of community-based centre versus conventional hospital management in treatment of alcoholism. *The Lancet*, 4; 2 (8510), 797-799.
- Quinten, C. & Strüwer, J. (2001). Stationäre Motivierungsbehandlung. Evaluation eines Behandlungsangebotes zur Frühintervention bei Alkoholabhängigkeit. In Fachverband Sucht e.V. *Rehabilitation Suchtkranker (2001) - mehr als Psychotherapie*. Geesthacht: Neuland.
- Rehm, J., Maffli, E. & Mathey, M.-C. (1993). Die Rolle von Statistik und Forschung für die Praxis in den Bereichen Prävention und Therapie des Alkoholmissbrauchs. *Suchtprobleme und Sozialarbeit*, 2, 50-60.
- Rüger, U. (1991). 7-Jahres-Katamnese nach Abschluss einer analytischen Gruppentherapie. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin*, 37, 361-374.
- Scheipers, R. (1984). Therapeutische Konzepte der Suchtbehandlung. *Amtliche Mitteilungen der Landersversicherungsanstalt für Arbeitnehmer (LVA), Rheinprovinz*, 5, 237-242.
- Scheller, R. & Klein, M. (1986). Stationäre Suchttherapie unter dem Aspekt der Behandlungsdauer. *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 7 (2), 69-76.
- Schiess, U. (1994). *Die Bedeutung des sozialen Netzes für das Trinkverhalten bei Alkoholabhängigen nach einer stationären Therapie*. Lizentiatsarbeit. Universität Zürich: Philosophische Fakultät I.
- Schübo, W., Uehlinger, H.-M., Perleth, Ch., Schröger, E. & Sierwald, W. (1991). *SPSS – Handbuch der Programmversionen 4.0 und SPSS-X 3.0*. Stuttgart: Gustav Fischer.
- Shaw, G.K., Waller, S., McDougall, S., MacGarvie, J., & Dunn, G. (1990). Alcoholism: a follow-up study of participants in an alcohol treatment program. *Journal of Psychiatry*, 157, 190-196.
- Sieber, M., Baumann, E., Deinlein, W., Schiess, U. & Sondheimer, G. (1996). Abstinenz- und Lebensverhältnisse von Alkoholabhängigen: Eine Katamnese von Patientinnen und Patienten der Forel-Klinik. *Abhängigkeiten* 2 (3), 24-38.
- Sieber M., Hasenfratz, U. & Meyer, T. (2002). Schutz- und Risikofaktoren des nachstationären Verlaufs bei Patientinnen und Patienten der Forel-Klinik. *Abhängigkeiten*, 02, 60-69.
- Sieber, M., Riem, M. & Meyer, T. (2004). Die Erfassung des Konsumverhaltens bei den Katamnesen der Forel-Klinik. *Abhängigkeiten*, 10 (1), 34-49.

- Skarabis, H. (1986). Anmerkung zum Forschungsbericht 'Die stationäre Behandlung von Alkoholabhängigen: Merkmale von Patienten und Behandlungseinrichtungen, katamnestische Ergebnisse.' *Suchtgefahren*, 32, 332-338.
- Smith, J.W. & Frawley, P.J. (1990). Long-term abstinence from alcohol in patients receiving aversion therapy as a part of a multimodal inpatient program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 7 (2), 77-82.
- Smith, J.W., Frawley, P.J. & Polissar, N.L. (1997). Six- and twelve month abstinence rates in inpatient alcoholics treated with either faradic aversion or chemical aversion compared with matched inpatients from a treatment registry. *Journal of Addictive Diseases: the Official Journal of the ASAM*, 16 (1), 5-24.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1975). Outpatient alcoholics give valid self-reports. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 161, 32-42.
- Sobell, M.B. & Sobell, L.C. (1978). *Behavioral treatment of alcohol problems: Individualized therapy and controlled drinking*. New York: Plenum Press.
- Sobell, L.C., Maisto, S.A., Sobell, M.B. & Cooper, A.M. (1979). Reliability of alcohol abusers self-reports of drinking behavior. *Behavior Research and Therapy*, 17, 157-160.
- Sobell, L.C. & Sobell, M.B. (1980). Convergent validity: an approach to increasing confidence in treatment outcome conclusions with alcohol and drug abusers. In L.C. Sobell, M.B. Sobell & E. Ward (Eds.). *Evaluating alcohol and drug abuse treatment effectiveness*, 177-183. New York: Pergamon.
- Stetter, F. & Mann, K. (1997). Zum Krankheitsverlauf Alkoholabhängiger nach einer stationären Entgiftungs- und Motivationsbehandlung. *Der Nervenarzt*, 68 (7), 574-581.
- Stettler, Ch. (1993). *Prospektive Katamnese an 100 alkohol- oder medikamentenabhängigen Patienten der Suchtabteilung PUK*. Dissertation. Universität Bern.
- Süss, H.-M. (1988). *Evaluation von Alkoholismustherapie*. Bern: Huber.
- Süss, H.-M. (1995). Zur Wirksamkeit der Therapie bei Alkoholabhängigen: Ergebnisse einer Meta-Analyse. *Psychologische Rundschau*, 46, 248-266.
- Ullrich de Muynck, R. & Ullrich, R. (1977). *Der Unsicherheitsfragebogen*. Testmanual München.
- Vanicelli, M. (1984). Treatment outcomes of alcoholic women. In L.J. Beckmann (Ed.). *Alcohol problems in women: Antecedents, consequences and interventions*. New York: Guilford.
- Veltrup, C. (1995). Eine empirische Analyse des Rückfallgeschehens bei entzugsbehandelten Alkoholabhängigen. In J. Körkel, G. Lauer & R. Scheller (Hrsg.). *Sucht und Rückfall. Brennpunkte deutscher Rückfallforschung*. Stuttgart: Enke.
- Waldow, M. & Klink, M. (1986). *Rehabilitationsverlauf Alkohol- und Medikamentenabhängiger nach stationärer Behandlung. Eine multivariante Globalanalyse katamnestischer Daten*. Marburg: Elwert.
- Watson, C.G., Tilleskjor, C., Hoodeckeck-Schow, E.A., Pucel, J. & Jacobs, L. (1984). Do alcoholics give valid self-reports? *Journal of Studies on Alcohol*, 45, 344-348.
- Watzl, H. & Rist, F. (1984). Befindlichkeit alkoholkranker Frauen während stationärer Behandlung und im Katamnesezeitraum. In D. Kleiner (1984). *Langzeitverläufe bei Suchtkrankheiten*. Berlin: Springer Verlag.

- Wiens, A.N. & Menustik, C.E. (1983). Treatment outcome and patient characteristics in an aversion therapy program for alcoholism. *The American Psychologist*, 38 (10), 1089-1096.
- Wittmann, W.W. (1985). *Evaluationsforschung. Aufgaben, Probleme und Anwendungen*. Berlin: Springer.
- Wünschmann, B. (1992). Alkohol. In Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (Hrsg.). *Jahrbuch Sucht* 93, 33-49. Hamburg: Neuland.
- Zemelin, U., Herder, F. & Dornbusch, P. (1999). Wie wirkt sich die durch die Spargesetze bedingte Verkürzung der Behandlungsdauer in der stationären Rehabilitation Alkohol- und Medikamentenabhängiger auf den Behandlungserfolg von stationär Erstbehandelten und stationären Therapiewiederholern aus? - Ergebnisse einer prospektiven Katamneseuntersuchung. *Sonderdruck aus Sucht aktuell*, 2, 1-18.

## 7. Anhang

### 1. Auflistung der untersuchten Studien

#### Auflistung aller Schweizer Untersuchungen

Autor	Jahr	Kat. <sup>1</sup>	Quote	Beh. <sup>2</sup>	Abstinenz		Besserung	
					F3	F4	F3	F4
Sieber	2004	27	53 %	94	38.6%	20.2%	34.7%	18.1%
Oberhauser	1998	12	71%	107	44.7%	31.7%	23.7%	16.8%
Grether	1995	12	81%	21	60.7%	49.2%	28.3%	22.9%
Maffli	1993	30	52%	46	42.7%	22.0%	12.2%	6.3%
Stettler	1993	12	33%	120	27.0%	8.9%	18.0%	5.9%
Fäh	1991	6	85%	120	33.4%	28.4%		
Bühler	1980	18	62%	270	20.0%	14.4%	15.0%	10.8%

<sup>1</sup> Die Katamnosedauer wird in allen Untersuchungen in Monaten angegeben.

<sup>2</sup> Die Behandlungsdauer wird in allen Untersuchungen in Tagen angegeben.

#### Vergleich der wichtigsten Grössen Forel-Klinik mit restlicher Schweiz (Durchschnittswerte)

Autor	Quote	Kat.	Beh.	Abstinenz		Besserung	
				F3	F4	F3	F4
Forel-Klinik	53%	27	94	38.6%	20.2%	34.7%	18.1%
Restliche Institutionen	64%	15	103	38.1%	25.8%	19.4%	12.5%



## Auflistung aller Deutschen Untersuchungen

Autor	Jahr	Quote	Kat.	Beh.	Abstinenz		Besserung	
					F3	F4	F3	F4
Olbrich	2001	66%	12	21	56.0%	39.0%		
Quinten	2001	62%	6	100	58.6%	36.3%		
Zemlin	1999	73%	12	109	72.2%	52.7%		
Bock	1997	88%	8	90	51.1%	45.0%	2.2%	2.0%
Stetter	1997	89%	8	21	52.0%	46.0%		
Funke	1995	57%	12		75.0%	43.0%	24.0%	14.0%
Holz	1995	23%	12		67.5%	15.5%	15.0%	3.5%
Veltrup	1995	67%	12	21	24.0%	16.1%		
Mann	1994	97%	24		49.4%	48.0%		9.0%
Fichter <sup>1</sup>	1992	84%	18	42	32.0%	26.9%		
Kern	1990	82%	12	56	70.0%	57.4%		
Feuerlein <sup>1</sup>	1989	84%	18	56-180	67.3%	53.2%	8.5%	6.9%
Jung	1989	71%	48	119	50.0%	35.5%		
Süss <sup>2</sup>	1988	82%	6	56-182	77.7%	64.0%	1.7%	1.4%
Klein	1987	79%	12	71	74.9%	59.2%		
Missel <sup>2</sup>	1987	82%	6	56-182	77.7%	64.0%	1.7%	1.4%
Küfner <sup>1</sup>	1986	84%	18	56-180	67.3%	53.2%	8.5%	6.9%
Scheller	1986	94%	12	39	55.5%	52.2%	5.0%	4.7%
Waldow	1986	68%	18		64.7%	44.4%	11.7%	8.1%
Watzl	1984	82%	18	90	33.3%	27.3%	24.4%	20.0%
Falk	1983	80%	30	42	60.0%	48.0%		
Krampen	1983	57%	12	42	77.7%	43.9%		
Lask	1983	51%	24	180	45.9%	26.3%	30.9%	15.8%
Fichter <sup>2</sup>	1982	50%	6	42	39.5%	19.7%	27.9%	14.0%
Huhn	1982	84%	36	120	32.0%	26.9%	11.0%	9.2%
Koester	1981	51%	12		73.0%	37.2%	4.0%	2.0%
Bremer	1980	60%	12	135	23.1%	13.9%	6.6%	3.9%
Fleischhacker	1980		24			36.0%		33.0%
Keller	1980	49%	30	49	36.8%	18.0%	14.6%	7.2%

<sup>1</sup> Bei den Katamnesen von Feuerlein et al. (1989) und Küfner et al. (1986) beziehen sich die Autoren auf dieselbe Patientenpopulation. Die Studien werden daher als ein Datensatz behandelt.

<sup>2</sup> Die Studien von Süss (1988) und Missel (1987) beinhalten dieselben Katamnese-daten. Sie werden als ein Datenfeld behandelt.

## Durchschnittswerte über alle Deutschen Studien

Quote	Kat.	Beh.	Abstinenz		Besserung	
			F3	F4	F3	F4
70.3%	16.8	69.2	55.1%	40.0%	12.6%	9.5%

## Auflistung aller Angloamerikanischen Untersuchungen

Autor	Jahr	Quote	Kat.	Beh.	Abstinenz		Besserung	
					F3	F4	F3	F4
Finney	2001	87%	12	25	36.0%	31.3%		
Latimer	2001	65%	12	30	32.7%	20.9%	27.0%	17.3%
Blow	2000	76%	6	20	55.9%	42.5%	13.3%	10.1%
Brown1	2000	96%	12	35	21.8%	21.0%		
Maisto	2000	82%	12		33.0%	27.1%		
Curan	1999	92%	12	21				
Ouimette	1999		12			40.8%		32.8%
Long	1998	89%	12	14	36.0%	32.0%	40.2%	35.8%
Smith <sup>1</sup>	1997	82%	12	10				
Brown2	1995		12	28	44.0%			
Beasley	1991	82%	12	19	37.8%	31.0%	22.5%	18.5%
Gordon	1991	91%	12	28	31.0%	28.2%	14.0%	12.7%
Ito	1990	95%	6	28				
Keso	1990	78%	10	28				
Shaw	1990	82%	12	28	46.2%	37.4%	24.2%	19.6%
Smith <sup>1</sup>	1990	82%	12	10				
Barbor	1989	85%	12		23.4%	19.4%	36.4%	30.2%
Fink	1985	67%	24		22.8%	15.1%		
Wiens	1983	63%	36	14				
Lyons	1982	77%	8		58.8%	44.7%		
Moberg	1982	50%	9	30	34.4%	17.2%	29.0%	14.5%
Pettinati	1982		48	28		23.0%		10.0%
Olson	1981	82%	48	33	54.9%	45.0%		

<sup>1</sup> Die beiden Studien von Smith betreffen denselben Datensatz und werden daher zusammengefasst.

## Durchschnittswerte über alle Angloamerikanischen Studien

Quote	Kat.	Beh.	Abstinenz		Besserung	
			F3	F4	F3	F4
80.1%	16.0	25.6	37.9%	29.8%	25.8%	20.2%

## 2. Tabellenverzeichnis

### Tabellen:

Tabelle 1:	Uebersicht über den Ausschluss der 548 Studien	S. 24
Tabelle 2:	Herkunft der Studien	S. 25
Tabelle 3:	Katamnesedauer in Monaten der 56 Studien	S. 26
Tabelle 4:	Vergleich der Studienmittelwerte	S. 26
Tabelle 5:	Altersverteilung bei Eintritt in die Kliniken	S. 27
Tabelle 6:	Geschlecht und Therapieprogramm über 56 Studien	S. 27
Tabelle 7:	Vergleich soziodemographischer Daten bei Klinikeintritt	S. 28
Tabelle 8:	Häufigkeit der Anwendung der Diagnosemanuale	S. 28
Tabelle 9:	Uebersicht der suchtspezifischen anamnestischen Daten	S. 30
Tabelle 10:	Behandlungsmerkmale	S. 31
Tabelle 11:	Anteil der eklektischen Therapie und der verhaltenstherapeutischen Breitbandtherapie	S. 31
Tabelle 12:	Berücksichtigte Katamnesen aus der Schweiz	S. 31
Tabelle 13:	Berücksichtigte Katamnesen aus Deutschland	S. 32
Tabelle 14:	Berücksichtigte Katamnesen aus Angloamerika	S. 33
Tabelle 15:	Merkmale der Katamnesen aus der Schweiz, Deutschland und Angloamerika	S. 35
Tabelle 16:	Katamnese aus der Forel-Klinik und die 'VDR-Studie'	S. 36
Tabelle 17:	Eklektische Breitbandtherapie und ihre Elemente	S. 39
Tabelle 18:	Verhaltenstherapeutische Breitbandtherapie und ihre Elemente	S. 39
Tabelle 19:	Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten in Abhängigkeit der vier Modi (F1-F4)	S. 42
Tabelle 20:	Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) der Katamnesen aus der Schweiz, Deutschland und Angloamerika	S. 43
Tabelle 21:	Vergleichswerte der Forel-Klinik mit dem gesamtschweizerischen Mittel	S. 46
Tabelle 22:	Durchschnittliche Abstinenz- und Besserungsraten (F1-F4) der Katamnesen aus der Forel-Klinik, Deutschland und Angloamerika	S. 47
Tabelle 23:	Vergleich der Erfolgswerte aus der Studie der Forel-Klinik und der 'VDR-Studie'	S. 49
Tabelle 24:	Erfolgsindikatoren bei Frauen und Männern über 13 Studien	S. 50
Tabelle 25:	Vergleichswerte aus weiblichen und männlichen Stichproben	S. 52
Tabelle 26:	Erfolgswerte (F1-F4) bei 8 weiblichen und männlichen Teilstichproben derselben Studie	S. 53
Tabelle 27:	Durchschnittliche Abstinenzraten über 56 Studien und Katamnesezeitraum	S. 54
Tabelle 28:	Durchschnittliche Besserungsraten über 56 Studien und Katamnesezeitraum	S. 54

Tabelle 29:	Durchschnittliche Abstinenzraten gemäss Modus F4 bei Studien mit Messwiederholungen	S. 55
Tabelle 30:	Durchschnittliche Besserungsraten gemäss Modus F4 bei Studien mit Messwiederholungen	S. 55
Tabelle 31:	Durchschnittliche Abstinenzraten (F1-F4) und Behandlungszeiten	S. 56
Tabelle 32:	Durchschnittliche Besserungsraten (F1-F4) und Behandlungszeiten	S. 57
Tabelle 33:	Durchschnittliche Behandlungszeiten in den verschiedenen Ländern und die entsprechenden Abstinenzraten	S. 57
Tabelle 34:	Verbreitung der Therapiekonzepte	S. 58
Tabelle 35:	Durchschnittliche Abstinenzraten (F1-F4) und Therapieprogramme	S. 58
Tabelle 36:	Durchschnittliche Besserungsraten (F1-F4) und Therapieprogramme	S. 59
Tabelle 37:	Vergleich der Erfolgswerte (F1-F4) in vorliegender Untersuchung und bei Süß	S. 68
Tabelle 38:	Vergleich der Erfolgskriterien in den Schweizer, Deutschen und Angloamerikanischen Katamnesen	S. 68
Tabelle 39:	Uebersicht der Erfolgsraten aus der Forel-Klinik, den drei Ländern und der 'VDR-Studie'	S. 70
Tabelle 40:	Behandlungsdauer und soziodemographische Parameter	S. 76
Tabelle 41:	Totalabstinenz (F4) und Ausschöpfungsquote	S. 79
<b>Graphiken:</b>		
Graphik 1:	Verlauf der Erfolgsraten bei zunehmender Katamnese-dauer	S. 73
Graphik 2:	Erfolgsraten und Behandlungsdauer	S. 75
Graphik 3:	Erfolgsraten und Therapieprogramme	S. 77

### 3.

### Kodierliste

<b>Studienmerkmale</b>	
<b>Code</b>	<b>Legende</b>
Autor	Autorenname (bei mehreren Autoren wird nur der erste berücksichtigt)
Studien	Studennummer
JahrV	Jahr der Veröffentlichung der Studie
JahrE	Jahr der Erhebung der Studie
Land	Erhebungsland (1=CH, 2=D, 3=USA, 4=GB)
Pubform	Form der Publikation (1=Zeitschriftenartikel, 2=Buchkapitel, Dissertation)
VPNmax	Anzahl der Versuchspersonen bei Klinikeintritt
VPNtat	Anzahl der Versuchspersonen mit abgeschlossener Datenerhebung
Quote	Ausschöpfungsquote
Katdauer	Durchschnittliche Katamnesedauer in Monaten
<b>Demographie der Versuchspersonen (bei Therapiebeginn)</b>	
<b>Code</b>	<b>Legende</b>
Alter	Durchschnittsalter der Patienten
Geschl	Geschlecht der Versuchspersonen (1=m, 2=w, 3=gemischt)
Weibl	Prozentualer Anteil weiblicher Patienten
Verh	Prozentualer Anteil verheirateter Patienten (inkl. Konkubinat)
Single	Prozentualer Anteil alleine lebender Patienten
Getrennt	Prozentualer Anteil getrennt lebender oder geschiedener Patienten
Verwit	Prozentualer Anteil verwitweter Patienten
Erwerbst	Prozentualer Anteil Erwerbstätiger
Nerwerbst	Prozentualer Anteil Nichterwerbstätiger (inkl. Hausfrauen)
Arbeitsl	Prozentualer Anteil Arbeitsloser
Wohnhaus	Prozentualer Anteil in einer(m) Wohnung/ Haus lebender Patienten
Wohnheim	Prozentualer Anteil in einem Heim lebender Patienten
Obdachl	Prozentualer Anteil von Obdachlosen
<b>Angaben zur Suchtgeschichte</b>	
<b>Code</b>	<b>Legende</b>
Polyt	Prozentualer Anteil der Mehrfachabhängigen
AlkMed	Prozentualer Anteil der Alkohol- und Medikamentenabhängigen
Abhmi	Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren (Mean)

Abhst	Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren (SD)
Abhmin	Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren (Minimum)
Abhmax	Dauer der Alkoholabhängigkeit in Jahren (Maximum)
Alkkons	Durchschnittlicher Alkoholkonsum pro Tag in g
VorbehaK	Prozentualer Anteil der Patienten mit keiner ambulanten Vorbehandlung
Vorbeha	Prozentualer Anteil der Patienten mit mindestens einer ambulanten Vorbehandlung
Vorbehsk	Prozentualer Anteil der Patienten mit keiner stationären Entwöhnungsbehandlung
Vorbehs1	Prozentualer Anteil der Patienten mit einer stationären Entwöhnungsbehandlung
Vorbehs2	Prozentualer Anteil der Patienten mit mindestens zwei stationären Entwöhnungsbehandlungen
Entzugk	Prozentualer Anteil der Patienten mit keinem Entzug
Entzug1	Prozentualer Anteil der Patienten mit einem Entzug
Entzug2	Prozentualer Anteil der Patienten mit zwei oder mehr Entzugsbehandlungen
Diag	Instrument zur Diagnosenstellung der Alkoholabhängigkeit (1=ICD-9, 2=ICD-10, 3=DSM-III, 4=DSM-III-R, 5=keine Angaben)
Gamma	Prozentualer Anteil von Gamma-Trinkern nach Jellinek

### **Behandlungsmerkmale**

<b>Code</b>	<b>Legende</b>
Behdauer	Durchschnittliche stationäre Behandlung in Tagen
Therab	prozentualer Anteil der Therapieabbrecher
Mortal	Mortalitätsrate bei Katamneseerhebung
Bei den folgenden Variablen handelt es sich um Therapieformen; es wurde jede Art kodiert: 1=ja, 2=nein, 3=keine Angaben	
Gruppen	Gruppentherapie, konfrontative Verfahren
Disk	Diskussionsgruppe
Einzel	Einzeltherapie
Berat	Individuelle Beratung
MedBeh	Medizinische oder medikamentöse Behandlung
Infor	Information über Alkohol und Folgeerscheinungen
Adjuv	Adjuvanztherapie (Sport und Spiel, Arbeitstherapie)
Eklek	Eklektische Breitbandtherapie mit mind. vier Elementen
AA	Therapie nach Konzept der Anonymen Alkoholiker
VT	Verhaltenstherapie
Avers	Aversionstherapie mit aversiver Vorstellung
Desens	Desensibilisierungsbehandlung
Breitb	Breitbandbehandlung mit mind. 3 VT-Komponenten
Kogn	Kognitive Therapie
Socialsk	Training sozialer Fertigkeiten ('social skill')
Entsp	Entspannungstherapie (z.B. Autogenes Training)
Physio	Physiotherapie

Musikth	Musiktherapie
Analyt	Analytische Psychotherapie
Gestalt	Gestalttherapie
Psychodr	Psychodrama oder Soziodrama
Transak	Transaktionsanalyse
Milieuth	Milieuthherapie
nspezi	nicht näher spezifizierte Behandlung
Sonst	Sonstige Therapieform
Gespr	Gesprächstherapie
Entgift	Entgiftung
Kombi	Kombi-Therapie aus stationärer Therapie und ambulanter Nachsorge
Keine	Keine Behandlung
Nachsorg	Nachsorge

## Curriculum vitae

Ich bin am 4.5.1965 in Teufen (AR) geboren. Nach der obligatorischen Schulzeit arbeitete ich während mehreren Jahren auf dem kaufmännischen Sektor und als Betreuerin in einem Kinderhort. 1987 entschloss ich mich, die Matura an der AKAD nachzuholen. Die Absolvierung der Prüfungen (Typ B) erfolgte 1991. Anschliessend nahm ich das Psychologiestudium an der Universität Zürich mit Vertiefungsrichtung 'Klinische Psychologie' auf. Im ersten Nebenfach belegte ich 'Psychopathologie des Kindes- und Jugendalters' im zweiten 'Sozial- und Präventivmedizin'. 1998 schloss ich das Psychologiestudium erfolgreich ab.

Seit Studienabschluss bin ich in der Wissenschaft tätig; zuerst am Szondi-Institut und später im Rahmen meiner Dissertation an der Forel-Klinik.

Ausserdem besuchte ich Vorlesungen am Szondi-Institut im Kontext der Ausbildung zur Kinder- und Jugendtherapeutin. Seit 2001 verfasse ich Kindergeschichten zu speziellen Problemkomplexen im kindlichen Leben (Zytglogge-Verlag, 2001). Im Rahmen der Elternfortbildung halte ich Vorträge und gebe Kurse. Meinen Neffen und meine Nichte betreue ich seit 1999 zeitweise.





